

学会抄録

第212回日本泌尿器科学会関西地方会

(2010年9月18日(土), 於 兵庫医科大学)

Cystic pheochromocytoma の1例 : 豊島優多, 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) 64歳, 男性, 2007年4月に気分不良と心窩部痛を主訴に当院受診。単純CTにて右腎頭側に嚢胞様腫瘍を認め, 肝膿瘍が疑われ試験穿刺するも吸引液の性状から膿瘍は否定的であった。試験穿刺後, 眼球上転・失神出現し, 褐色細胞腫も疑われたため当科紹介。造影CT, 造影MRI, ¹³¹I-MIBG scintigraphy, 内分泌学的検査にて褐色細胞腫と診断し右副腎腫瘍・腎摘除術施行。嚢胞内液体は黄色透明であり, 血中の約3,000倍の濃度の catecholamine が含まれていた。病理診断はcystic pheochromocytoma であった。

本態性血小板血症治療中に発見された両側副腎悪性リンパ腫の1例 : 前田 康 (京都南), 岡田能幸 (京都大), 平川佳子, 古林 勉 (京府医大血液内科) 81歳, 女性。本態性血小板血症にて内科通院中LDHが高値を呈し, CTにて両側副腎腫瘍(右4cm, 左7cm)を指摘。超音波ガイド下に14G針を用いて左副腎腫瘍生検を施行し, 病理組織検査, フローサイトメトリー解析, 染色体検査に提出。病理検査にてNHL, diffuse large B-cell lymphoma と診断。また染色体検査にて腫瘍と骨髄の染色体異常が一致し, 副腎悪性リンパ腫, 骨髄浸潤, Ann Arbor分類: IVA期と診断した。R-THP-COP療法を開始したが, 心毒性にて2コース目にTHPを中止し, 末梢神経障害にて3コース目はVCRを中止。3コース後, 腫瘍は80%以上縮小し, LDHは正常化した。リンパ腫の診断の際, 針生検では病理学的に十分な検索ができないとされているが, 自験例では14Gの太い生検針を用いることで, 必要な検体量を採取できた。

クッシング症候群を呈した副腎Black adenoma の1例 : 山尾 裕, 松下 経, 福原 恒, 松原重治, 田口 功, 川端 岳 (関西労災) 38歳, 男性。37歳より高血圧加療中。2010年2月左背部痛を主訴に当院救急外来受診。左尿管結石疑われ当科紹介。腹部CTにて左尿管結石に伴う腎盂外尿漏れおよび左副腎に径36mm大の腫瘍を認めた。内分泌学的検査では, 血中と尿中コルチゾール高値, ACTHの抑制, デキサメサゾン抑制試験にてコルチゾールの抑制認めず。¹³¹I-アドステロールシンチでは左側副腎が明瞭に描出されるのに対し, 右側副腎は同定困難で集積低下を認めた。以上より左副腎腺腫によるCushing症候群の診断のもと, 同年4月腹腔鏡下左副腎摘除術施行。病理結果はblack adenomaであった。副腎black adenomaは女性に多く通常は非機能性腫瘍が多いが, 機能性腫瘍の多くはコルチゾール産生腫瘍である。

左副腎褐色細胞腫摘除術27年後に局所再発を来した1例 : 石津谷 祐, 岡田宣之, 植田知博, 井上 均, 高田 剛, 原 恒男 (市立池田), 竹内 真 (同病理) 61歳, 女性。34歳時に左副腎褐色細胞腫の手術を受けた。2009年6月, 高血圧, 頻脈を認め, 腹部CTで左腎に接する腫瘍を指摘され, 当科紹介受診。血中カテコラミン3分画はいずれも高値で, アドレナリン優位であった。腹部CT, MRIでは左腎上極被膜に接する径2cmの腫瘍を認め, MIBGシンチグラムで同部に集積を認めたため, 褐色細胞腫再発と診断し, 腫瘍摘出術を施行した。病理組織検査で褐色細胞腫と確定診断した。術後, 血圧, 脈拍, 血中カテコラミン濃度は正常化し, 術後1年経過し再発を認めない。褐色細胞腫術後, 再発診断までの期間として27年はわれわれの調べた限り本邦最長であった。再発の原因として初回手術時の腫瘍播種が最も考えられた。

周囲脂肪織浸潤を認めpT3aと診断された最大径2cmの腎細胞癌の1例 : 大年太陽, 種田建史, 片山欽三, 小林憲市, 加藤大悟, 鄭 則秀, 高田晋吾, 松宮清美 (大阪警察) 74歳, 男性。腹部超音波検査にて右腎上極に径2cmの充実性腫瘍, 右腎下極に径4cmの嚢胞性腫瘍を指摘され当科紹介受診。腹部造影CT, MRI検査にて上極腫瘍は腎細胞癌, 下極腫瘍は嚢胞性腎癌を疑い, 後腹膜鏡下右腎摘除術

施行。病理組織診断にて, 上極腫瘍は周囲脂肪織への浸潤を伴う淡明細胞癌pT3a, 下極腫瘍は多嚢胞状腎細胞癌pT1aと診断された。過去の報告では小径腎細胞癌において, 周囲脂肪織浸潤は予後規定因子ではないとするものが多く認められた。

悪性リンパ腫を合併した腎細胞癌の1例 : 中河秀生, 本郷文弥, 稲垣哲典, 大橋宗洋, 木村泰典, 内藤泰行, 中村晃和, 鴨井和実, 高羽夏樹, 三木恒治 (京府医大) 60歳, 男性。尿管結石, 腎結石の既往があり, 2009年6月に左腰部痛で当科受診。CTにて左腎上極に47mm大の腫瘍と, 左腎門部, 傍大動脈に複数の腫大リンパ節を認め, 腎細胞癌のリンパ節転移と診断。開腹左腎摘除術, 左腎門部・傍大動脈リンパ節郭清術を施行。腎の病理組織所見はclear cell carcinoma, G2>G1, INFα, v(-)であった。リンパ節に腎癌の転移はなく, BCL-2, CD10に陽性であるリンパ濾胞の密な増生を認め, 悪性リンパ腫 follicularlymphoma と診断。術後1年の経過で腎癌, 悪性リンパ腫ともに再発は認めていない。腎癌と悪性リンパ腫の合併例の報告は散見され, IL-6との関連が推測されている。本邦では, 腎門部・傍大動脈の悪性リンパ腫と腎細胞癌の同時発生の報告は認めなかった。

両側尿管結石治療後に発症した進行性腎盂癌の1例 : 武長真保, 穴井 智, 森澤洋介, 平山暁秀, 田中宣道, 藤本清秀, 吉田克法, 平尾佳彦 (奈良医大) 70歳, 男性。肉眼的血尿を主訴に近医受診し, 両側珊瑚状尿管結石を指摘され当科紹介受診。高度左腎機能障害のため, 右腎結石に対しPNLとTUL施行。碎石評価の腹部CT検査で左腎門部リンパ節の著明な腫大を認めた。原発精査のPET検査で左腎門部リンパ節, 左腎および副腎に異常集積を認めるも, 尿細胞診は陰性で, 血清SCC抗原は7.9ng/dlと上昇していた。造影MRI検査でT1強調低信号, 造影効果の乏しい径8cmの腫瘍を認め, cT3N2M1の左腎盂癌と診断。左尿管全摘および膀胱部分切除術を施行し, 病理は腎実質浸潤と副腎転移を伴い, pT4N2M1の扁平上皮癌であった。術後6週間後に肝転移出現し, GC療法2クール施行するも増悪を認め, 術後5カ月に死亡した。

腎浸潤性移行上皮癌の1例 : 木内利郎, 金光俊行, 野間雅倫, 辻川浩三, 小野 豊, 中森 繁 (東大阪市立総合)。症例は72歳, 女性。既往歴: 糖尿病, 高血圧, 狭心症。2010年2月, 無症候性肉眼的血尿を主訴に当科紹介受診。膀胱鏡にて左尿管口より血尿を認め, 尿細胞診は陽性であった。超音波検査, 逆行性腎盂造影では異常を認めなかったが, CTで左腎下極に濃染不良な像がみられた。2010年5月後腹膜鏡下左尿管全摘除術を施行した。病理組織診断はUC, G2>G3, pT3, ly1, v1, 腫瘍は広範に腎実質へ進展し, 尿管, 間質への浸潤を認めた。術後gemcitabine+cisplatin療法を3コース施行し, 現在再発・転移を認めていない。腎浸潤性移行上皮癌は早期診断が困難で予後不良の疾患であるが, CTが有用である可能性が示唆された。

腹腔内膿瘍による腎盂外溢流を契機に発見された腎盂癌の1例 : 望月裕司, 田中雅博 (大阪回生), 松下章次郎, 松本哲平, 豊田秀一 (同外科) 68歳, 女性。2010年2月下旬, 汎発性腹膜炎にて人工肛門造設術施行。同年3月中旬より発熱精査のため施行した造影CTにて, 骨盤内膿瘍および左腎盂外溢流を認め当科紹介。左尿管ステント留置し解熱, 腎盂外溢流は軽快した。その際採取した腎盂尿細胞診にてatypical cellを認め, 左腎盂尿管癌を否定できないため, 左尿管鏡を施行した。腎盂尿管移行部より約0.5cm上部に壁不正な腫瘍を認め生検を施行, urothelial carcinoma, G1, pTaの腎盂癌と診断。全身検査にて明らかな転移を認めず, 同年4月後腹膜鏡下左尿管全摘除術を施行した。病理組織診断は, urothelial carcinoma, G2, pT1であった。術後約5カ月を経過した現在, 再発転移を認めない。

腎盂腎炎を契機に発見された大腸癌腎転移の1例：鯉田容平，上田倫央，川村憲彦，氏家 剛，任 幹夫，西村健作，三好 進（大阪労災），川野 潔（同病理） 76歳，女性。2005年8月S状結腸癌に対して高位前方切除術施行，病理組織診断は中分化型腺癌であった。2005年10月左肺転移，2006年3月肝転移に対して外科的切除術施行。2006年12月発熱，食欲不振，嘔気，嘔吐が出現し当院外科入院，急性腎盂腎炎にて加療中CTにて右腎盂～実質にかけて辺縁不整長径3cm大の腫瘍を認めた。右腎腫瘍性病変が疑われ2007年1月当科紹介となった。右逆行性腎盂造影で上腎杯に陰影欠損，尿細胞診で腺癌を疑うclass IVを認め大腸癌からの転移が疑われた。2007年2月後腹膜鏡下腎摘除術施行。摘除標本で腎実質～腎盂腎杯にかけて連続性のある白色充実性腫瘍を認め，病理組織診断は大腸癌腎転移であった。その後も左肺転移再発，脳転移認め外科的切除を行うも腎摘後22カ月で死亡した。

食道癌腎転移の1例：北 和晃，村尾昌輝，西川徳彰，鞍作克之，川嶋秀紀，仲谷達也（大阪市立大） 74歳，女性。食道癌術後，7カ月目のフォローCTで脳腫瘍と左腎腫瘍を指摘。脳腫瘍に対して放射線治療施行後，当科受診となる。尿細胞診クラスII，腫瘍マーカーSCCの軽度上昇，造影CTにて左腎下極に造影効果の乏しい浸潤性発育を示す腫瘍を認め，FDG-PETにてその他の転移を認めなかった。転移性食道癌を疑い，腹腔鏡下左腎摘手術施行。病理結果は低分化型扁平上皮癌であり転移性食道癌と診断。術後，補助化学療法を継続加療中である。食道癌の腎転移は培養で確認されることは多いが，生存中に診断・治療されることは比較的稀である。今回，食道癌原発転移性腎腫瘍を経験したので報告する。

Benign cystic nephromaの1例：種田建史，大年太陽，片山欽三，小林憲市，加藤大悟，鄭 則秀，高田晋吾，松宮清美（大阪警察），福本 亮（大阪厚生年金），岡 一雅，辻本正彦（大阪警察病理） 68歳，男性。背部痛にて他院内科精査中，造影CTにて左腎に不均一に造影される58mmの腫瘍を指摘され当科紹介受診。造影MRIによる術前臨床診断は左多房状囊胞性腎細胞癌であり，後腹膜鏡下左腎摘除術を施行。病理診断はbenign cystic nephromaであった。Cystic nephromaの本邦における報告例は自験例を含めて32例であり，施行された術式は，腎摘除術が23例（鏡視下2例），腎部分切除が4例，尿管全摘除術が2例（鏡視下1例），単純性囊胞の診断で腹腔鏡下腎囊胞閉塞術を施行したものが1例であった。最終的な診断は組織診断により，術前に腎細胞癌・腎盂癌を否定することが困難であるため，ほとんどの症例において腎摘除術または腎部分切除術が選択されている。

溶解療法が有効であったリン酸マグネシウムアンモニウム腎結石の1例：中川雅之，大口尚基，河 源，木下秀文，松田公志（関西医科大学） 28歳，女性。幼少期の脳出血により半身麻痺となり長期臥位である。2007年1月右腎結石，膿腎症，左腎結石で近医から紹介受診。右腎は腎瘻，抗菌剤投与行っても感染再燃繰り返し腎摘除。その後左腎結石にPNL施行，その際の結石成分でリン酸マグネシウムアンモニウムの結果であった。結石再発あり再度PNL，TUL行ったが結石の再燃を繰り返した。今回TUL行ったが，術中敗血症からのショック状態になり手術中断。感染軽快後，シングルループステント留置しソリューションG腎盂内投与により結石が消失。碎石術困難であったMAPに結石溶解療法が有効であった1例を報告する。

右珊瑚状結石観察中に腎周囲膿瘍，広範な背部壊死性筋膜炎をきたした1例：三島崇生，堀越幹人，岡田卓也（大阪府済生会野江） 59歳，女性。主訴は血圧低下・右背部腫脹。数日前から急速な右背部の腫脹を自覚2009年3月28日受診。既往歴は拡張型心筋症，慢性腎機能低下，両腎珊瑚状結石，糖尿病はなし。右腎周囲に膿瘍貯留，それに連続する頸部から臀部にかけての広範な皮下膿瘍を認めた。右腎周囲膿瘍・背部壊死性筋膜炎と診断し緊急ドレナージ術施行。その後右腎摘除術・背部切開排膿術を行った。術後創部上行結腸ろうを形成し，治療に至るまで約14カ月を要した。調べた限りでは腎膿瘍に伴う皮下膿瘍としては自験例が4例目と思われた。治療は全例でドレナージが施行されており腎機能廃絶例では腎摘除が行われている。全例で治療・退院となっている。

腎動脈奇形に対して塞栓術を施行し止血した1例：桑原 元，

桃園宏之，三浦徹也，玉田 博，山田裕二，濱見 学（県立尼崎），野瀬隆一郎，松井 隆，守殿貞夫（神戸赤十字），杉本幸司（同放射線） 49歳，女性。2010年2月肉眼的血尿，膀胱タンポナーデを主訴に当科紹介受診。DIPがnon-visualizedであり，入院時CTで右腎盂内にmass defectを認めたためRPを施行した。結果，腎盂内に血腫によると考えられるmass defectを認め，右腎盂尿管細胞診はclass IIIであった。そのため腎盂尿管鏡下生検を施行したが，腫瘍性病変は認めなかった。しかしながら術後輸血を必要とする血尿が続いたため腎血管病変を疑い3DCTおよび血管造影を実施した。そこで右腎動脈の腹側枝，背側枝の2カ所にcirroid typeの腎動脈奇形を認めたため選択的動脈塞栓術を施行した。術後血尿は消失し，右腎機能も温存された。

コルチゾール産生皮質腺腫を合併した副腎海綿状血管腫の1例：灰谷崇夫，佐野剛視，梶田洋一郎，七里泰正（大津市民） 症例は77歳，男性。既往歴は高血圧症，糖尿病。肝細胞癌の精査CTで4cm大の左副腎腫瘍を指摘され精査加療目的に当科へ紹介。デキサメサゾン抑制試験（8mg overnight）でコルチゾールの自律産生が認められ，コルチゾール産生腫瘍によるsubclinical Cushing症候群と診断されたが，造影CT検査で左副腎腫瘍は辺縁から求心性に不均一な濃染が見られ，悪性も否定できなかった。経腹膜の体腔鏡下左副腎摘除術を施行，病理組織学的診断は皮質腺腫と海綿状血管腫であった。術後，デキサメサゾン抑制試験は正常であった。われわれが調べた限りではsubclinical Cushing症候群を合併した副腎海綿状血管腫の報告は初めてである。

多発膵内分泌腫瘍を合併した多発褐色細胞腫の1例：宮崎 有，千菊敦士，高橋 彰，小倉啓司（大津赤十字），中山雄介，石上俊一（同外科），白瀬智之（同病理） 59歳，男性。既往歴は糖尿病と高血圧のみで家族歴は特記事項なし。糖尿病精査の造影CT後に頭痛・嘔気が出現。画像上両側副腎腫瘍と多発膵腫瘍を指摘。各種精査の後，両側副腎・膵腫瘍の順で二期的に手術施行。副腎は多発褐色細胞腫，膵臓は多発膵内分泌腫瘍であった。褐色細胞腫と膵内分泌腫瘍という組み合わせから臨床的にvon Hippel Lindau (VHL)病と診断し，全身検索とVHL遺伝子の検査を施行した。他のVHL病変は指摘し得なかったが，VHL遺伝子（3p25-26）のexon3 codon167にCGG (Arg) →TGG (Trp)へのmissense mutationを認めた。VHL病で褐色細胞腫に膵内分泌腫瘍を伴う報告は少なく，過去に13例の報告があるが本邦では報告はない。褐色細胞腫に膵内分泌腫瘍を伴う症例は稀ではあるが，VHL病を念頭に置き全身検索と遺伝子検査を考慮すべきである。

進行性腎癌に対して術前Sorafenib投与により開胸術を回避できた1例：松本敬優，六車光英，住吉崇幸，宇都宮紀明，清川岳彦，川喜田睦司（神戸市立医療中央市民） 83歳，男性。胃重感，食思不振を主訴に当院消化器内科を受診。エコーにて下大静脈腫瘍血栓を伴う左腎腫瘍を指摘されて当科に紹介受診となった。MRIにて9cm大の腎腫瘍，右房に進展する下大静脈腫瘍血栓を認め，腎癌cT3cN0M0と診断された。開胸術の回避を目的に，Neoadjuvant療法を行うこととした。当初，sunitinibを投与するも血小板減少を認めたため中止し，sorafenibに変更した。Sorafenibは約8週間投与され，原発巣は縮小，右房に進展していた腫瘍血栓は横隔膜下レベルまで退縮を認めた。投与中止3週後に左腎摘，下大静脈腫瘍血栓摘除を行った。術後，sorafenib投与に起因するような周術期合併症は認めなかった。また術後4カ月の時点で再発は認めていない。

IVC発生と考えられた巨大平滑筋肉腫の1例：浦 邦委，楠本浩貴，佐々木有見子，西澤 哲，児玉芳季，藤井令央奈，南方良仁，松村元秀，根本康夫，稲垣 武，原 勲（和歌山医大） 44歳，女性。上腹部違和感を主訴に近医を受診。画像上15×25cmの巨大後腹膜腫瘍と診断され当科紹介受診となった。CT・MRIにて肝下縁～骨盤腔に及ぶ巨大腫瘍が認められ，右腎は外側に，IVCは左方に大きく圧排され狭小化していた。後腹膜腫瘍の診断のもと，同摘除術を施行したが，右腎の合併摘除，左腎静脈尾側でのIVC合併摘除により腫瘍を摘除しえた。IVC離断後も循環動態が安定していることを確認したうえで，IVC再建を行わず手術を終了した。病理診断は平滑筋肉腫であった。術後，DVT合併による下肢浮腫が認められたが，抗凝固療法を行うことで浮腫は軽減し，術後17日目に軽快退院となった。

馬蹄腎に合併した右重複腎盂尿管に発症した右尿管癌の1例：今井聡士，寺川智章，村蒔基次，中野雄造，竹田 雅，田中一志，三宅秀明，藤澤正人（神戸大） 88歳，男性。2009年3月頃より腹部腫瘤を自覚し近医受診。多房性右腎嚢胞が疑われ当科紹介受診。また，当科受診の数日前から持続的肉眼的血尿も出現していた。精査の結果，右下半腎からの血尿と尿細胞診陽性を認め，馬蹄腎に合併した右不完全重複尿管に発症した腎盂尿管癌と診断。本症例は腎機能低下を認めていたため，機能温存を目的として右下半腎尿管全摘除，尿管新吻合，膀胱部分切除，峡部離断術を施行した。病理組織診断は腎盂尿管癌 pT3, UC>SCC, G3>G2であった。本症例のように，馬蹄腎，重複腎盂尿管，腎盂尿管癌を同時に有した報告例は検索しえず，稀な症例であると考えられた。現在，局所再発，遠隔転移なく治療後10カ月生存中である。

偽性低アルドステロン症（PHA）を呈した両側原発性閉塞性巨大尿管症（POM）の1例：牧野雄樹，兼松明弘，熱田 雄，木村博子，大饗政嗣，松井喜之，今村正明，清水洋祐，井上貴博，大久保和俊，神波大己，吉村耕治，西山博之，小川 修（京都大） 生後35日，男児。在胎37週2日，出生時体重 2,765 g，出生後超音波検査で両側水腎尿管を指摘され受診。POMとして経過観察したが，尿路感染を契機として，脱水，低 Na，高 K，高アルドステロンを来たし，PHAと診断。生後4カ月1週に両側腎瘻造設後，緩解した。生後5カ月3週に POM 根治術（両側尿管形成＋尿管膀胱新吻合）施行したが，尿道カテーテル抜去後 PHA が再燃したため，生後8カ月まで尿道カテーテルと両側 DJ ステンットの留置を継続した。その後は PHA 再発を認めず，経過良好である。閉塞性尿路疾患や VUR の乳児に電解質異常を認めた際は，PHA を念頭に置く必要がある。

S 状結腸利用膀胱拡大術後38年目に発症した膀胱拡大部 S 状結腸癌と卵巣癌の重複癌の1例：竹澤健太郎，奥見雅由，中山雅志，宮川康，野々村祝夫（大阪大），瀧内 剛，木村 正（同産婦人科），大橋寛嗣（同病理） 60歳，女性。22歳時，結核性萎縮膀胱にて S 状結腸利用膀胱拡大術の既往あり。主訴は排尿困難。CT で卵巣腫瘍を指摘され当院産婦人科受診。MRI では卵巣腫瘍および子宮頸部から膀胱，尿道に浸潤する腫瘍性病変を認めた。卵巣癌の腹膜播種，子宮，膈，膀胱，尿道浸潤の診断のもと前方骨盤内臓器摘除，尿管皮膚瘻造設術を施行した。病理診断は卵巣癌と膀胱拡大部 S 状結腸癌，尿道，膈，子宮浸潤の重複癌であった。腸管利用膀胱拡大術後の膀胱悪性腫瘍は調べた限り自験例が本邦報告35例目であった。

術前化学療法が奏功した膀胱癌 Plasmacytoid variant の1例：林拓自，谷川 剛，竹澤健太郎，中澤成晃，山本致之，藤田和利，今村亮一，細見昌弘，山口誓司（大阪府立急性期），島津彰宏，伏見博彰（同病理） 76歳，男性。2009年7月から血尿を自覚。他院の膀胱鏡検査にて右側壁に膀胱腫瘍を指摘され，当科紹介となった。尿細胞診は陽性。MRI にて腹壁への浸潤が疑われ，膀胱癌 cT4bN0M0 と診断した。TURBT を施行したところ，病理組織所見は plasmacytoid variant を主体とした UC, G3>G2 で筋層浸潤を認めた。そこで，術前化学療法として GC 療法を3コース施行した。その後の MRI にて膀胱腫瘍は著明に縮小しており，効果判定は画像上 CR であった。2010年1月に膀胱全摘除，一側合流尿管皮膚瘻造設術を施行した。病理組織所見は pT0, pN0 であった。術後8カ月現在，再発所見を認めておらず，化学療法が奏功したと考えられた。

膀胱 Plasmacytoid carcinoma の1例：松崎恭介，小林泰之，武田健，吉田栄宏，新井康之，中山雅志，垣本健一，西村和郎（大阪成人病七） 70歳，男性。2009年11月，肉眼的血尿を主訴に近医を受診。膀胱鏡で右側壁に非乳頭状腫瘍を認め，当科紹介受診。TUR-Bt を施行し，病理組織結果は UC with plasmacytoid variant, pT1 であったが，非常に悪性度が高かったため，膀胱全摘除術および回腸導管造設術を施行した。摘除標本では膀胱粘膜内に CIS が残存していたが，膀胱周囲の脂肪織に孤立性に形質細胞様の腫瘍細胞を認め，urothelial plasmacytoid carcinoma, pT3a, pN0M0 と診断した。術後化学療法を強く勧めたが患者の希望により施行せず，現在術後8カ月目であるが再発を認めず生存中である。

術前診断が炎症性偽腫瘍であった後腹膜脂肪肉腫の1例：村上薫，濱田彬弘，千菊敦士，岡所広祐，澤田篤郎，柴崎 昇，川西博

晃，奥村和弘（天理よろづ） 54歳，男性。頻尿および排尿困難を主訴に当科受診。腹部超音波で膀胱背側に径 9 cm の腫瘤を認めた。MRI では T2 強調像で高信号と一部低信号の混在する腫瘤を認め，肉腫など悪性腫瘍が疑われた。経直腸的腫瘍生検で炎症性偽腫瘍の診断であったため，腫瘍摘出術を施行した。腫瘍は一部膀胱と癒着を認め，膀胱筋層まで切離したが，膀胱温存可能であった。術後病理診断は炎症性偽腫瘍を伴う混合型脂肪肉腫（粘液型および高分化型）であった。現在術後10カ月で経過観察中であるが，再発所見は認めていない。本症例は脂肪肉腫の周囲に生じた炎症から炎症性偽腫瘍を形成したものと考えられた。炎症性偽腫瘍に対しては，悪性疾患の鑑別，合併を念頭に置いた上で治療を行う必要があると考えられる。

MRI 画像ガイド下ナビゲーション生検にて診断された腎癌の転移を有する前立腺癌の1例：福井浩二，瀧内秀和（西宮市立中央），藤田 眞，鞍田裕之，北川 修（同放射線），綾田昌弘（同病理），安田和生（加納クリニック），川喜田睦司（神戸市医療中央市民） 67歳，男性。健診時に直腸診で前立腺右葉に硬結を指摘され受診。PSA は 1.4 ng/ml，前立腺 MRI では同部に 1 cm 大の占拠性病変を認めたが T1・T2 ともに low であった。偶然に CT で左腎腫瘍を指摘され，2007年3月根治的左腎摘除術（HALS）施行。淡明細胞癌であった。2009年10月 MRI ガイド下前立腺生検を行い，前立腺癌の診断。翌年2月に腹腔鏡下根治的前立腺全摘除術施行。組織診断にて前立腺癌以外に前立腺右葉の腫瘤は腎癌の転移であった。現在経過観察中であるが，再発は認めない。

ドセタキセル療法により長期寛解しえた再燃前立腺癌の2例：北本興市郎，前田 覚，玉田 聡，鞍作克之，川嶋秀紀，仲谷達也（大阪市大） 症例1：61歳，男性。整形外科フォロー中に，ALP 1,604 IU/l, PSA 13,000 ng/ml を指摘され当科紹介。前立腺生検は低分化型腺癌，画像検査により stage D2 と診断した。約3年で MAB, ホンバンに抵抗性となり PSA 2.54 でデカドロン 1 mg およびドセタキセルを開始した。25 mg/m² 毎週投与で導入，50 mg/m² の4週間隔で維持し50カ月の無増悪を維持している。症例2：76歳，男性。健診の胸部レントゲンで異常陰影を指摘され呼吸器内科紹介。PSA 3,437 ng/ml のため当科紹介。前立腺生検は中分化型腺癌，画像検査により stage D2 と診断した。約6年で MAB, エストラサイト，ホンバンに抵抗性となり PSA 11.8 でデカドロン 1 mg およびドセタキセルを開始した。25 mg/m² 毎週投与を維持した。Grade 2 の末梢神経障害のため38カ月中断したが54カ月の無増悪を維持している。2症例とも導入時のみカルボプラチンを併用した。

大量腹水を契機に発見された前立腺癌の1例：惣田哲次，山中和明，平井利明，岸川英史，西村憲二，市川靖二（県立西宮） 62歳，男性。腎結石および肝炎の既往あり。嘔吐，下痢，全身倦怠感を主訴に近医受診し，腹部CTにて大量腹水と両側水腎症を指摘され当科受診。Hb 7.7 g/dl, Cr 3.16 mg/dl, PSA 193 ng/ml。逆行性腎盂造影では左尿管は完全閉塞，右尿管は2カ所で強い狭窄を認めたが，WJ カテーテル留置可能。前立腺生検施行し，adenocarcinoma, Gleason score 4+5 であった。腹水細胞診陽性，PSA染色陽性。癌性腹膜炎を伴った前立腺癌と診断し，MAB 療法開始。良好に反応し，4カ月で PSA 1.6 ng/ml まで低下した。腹水を契機に発見された前立腺癌の報告例は少なく，欧米で5例，本邦4例目であった。

巨大前立腺肥大症の1例：高村俊哉，藤原敦子，稲垣哲典，鳴川司，宮下雅亜，岩田 健，邵 仁哲，三神一哉，沖原宏治，河内明宏，三木恒治（京府医大），北森伴人（国立舞鶴） 50歳，男性。1年前から排尿困難を自覚。2010年2月尿閉となり近医受診。PSA 117 ng/dl，画像上骨盤内巨大腫瘤認め，精査加療目的に同年3月当科紹介受診。MRI にて膀胱後部に前立腺から連続するような巨大腫瘤を認めた。経会陰的腫瘍生検施行するも悪性所見認めず，膀胱後部発生 の異所性前立腺肥大症が疑われた。悪性腫瘍の存在を否定できず前立腺全摘および腫瘍摘出術施行。摘出重量 664 g，病理組織は hyperplasia で正常前立腺と異所性肥大部分との境界は明らかではなく病理学的には異所性であることを十分に証明できなかった。膀胱後部異所性前立腺肥大症は画像と生検のみで診断された報告も少なくなく，本症例は正常前立腺との関係を病理学的に検討した数少ない症例と考えられた。

精巣温存手術を行った小児成熟奇形腫の1例：永澤誠之，上仁数義，吉田哲也，窪田成寿，伊狩 亮，富田圭司，花田英紀，前澤卓也，影山 進，成田充弘，岡本圭生，荒木勇雄，岡田裕作（滋賀医大），佐野太一（公立甲賀） 6カ月，男児。主訴は左陰嚢腫大。生後3カ月頃より陰嚢の腫大を認め、6カ月に近医受診し、異常を指摘され、当科紹介。左陰嚢は触診上、表面平滑で弾性硬、超音波検査で精巣内に充実成分を伴わない約2cmの単一な嚢胞性病変を認めた。AFP、hCG、LDHは正常範囲内であったため、単純性精巣嚢胞か良性の精巣腫瘍を疑い、鼠径部切開、冷阻血にて手術施行。術中迅速にて悪性所見を認めず、精巣温存し嚢胞を切除した。病理は、嚢胞壁は内腔を一層の立方上皮に囲まれた線維性被膜が多くを占め、嚢胞壁の一部から扁平上皮成分、軟骨成分、腸上皮成分を認め、診断は成熟奇形腫であった。術後、左側精巣の萎縮などは認めていない。

Sr-89 で著明な PSA 低下を認めた多発性骨転移を伴うホルモン抵抗性前立腺癌の1例：桑田真臣，大塚憲司，後藤大輔，武長真保，伊丹祥隆，中井 靖，穴井 智，田中宣道，藤本清秀，平尾佳彦（奈良医大） 66歳，男性。2002年10月当院呼吸器内科で多発転移性肺腫瘍の原発巣精査中に PSA 322.0 ng/ml を指摘され、当科初診。前立腺針生検（6カ所）を施行し、中分化腺癌，Gleason score 4+3=7 を左右両葉から3本ずつ認めた。MRI で被膜外浸潤・リンパ節転移，また骨シンチで両腸骨から脊椎にかけて多発骨転移を認め tT3aN1M1c (UICC2002) の前立腺癌と診断し、直ちに MAB 療法を開始した。MAB 開始後12カ月後にホルモン抵抗性を示し、その後種々の治療法を試みたが、PSA は上昇を続け、骨病変の進行を認めた。骨痛緩和のため Sr-89 療法を施行したところ PSA 1,255 ng/ml から 12.63 ng/ml まで著明な低下を認めた。

前立腺横紋筋肉腫の1例：岩本勝来，射場昭典，康根 浩，北川道夫（大阪南医療セ） 38歳，男性。2009年5月頃より排尿困難を自覚し近医受診。自己導尿も行うようになったため7月当科を受診。前立腺触診上明らかな異常はなく、検査成績では PSA 6.73 ng/ml と軽度上昇を認めた。膀胱鏡検査では精阜右側から膀胱頸部に及ぶ前立腺部尿道に腫瘍を認めた。TUR 生検および画像検査の結果、前立腺横紋筋肉腫，胎児型，cT2bN0M0，stage 3 と診断し、10月膀胱全摘，回腸導管造設術を施行した。術後病理組織像で腫瘍は前立腺間質から尿道にポリプ状に発育していた。前立腺横紋筋肉腫，胎児型，group 1b，低リスクB群と診断し、術後、VAC 療法および放射線療法施行した。初診より15カ月の現在再発は認めていない。

前立腺肉腫の1例：吉行一馬，神野 雅，源吉顕治（社保神戸），三宅敏彦（同病理） 52歳，男性。主訴は会陰部痛と肉眼的血尿。2009年4月頃より会陰部痛を自覚。同年7月に尿閉。その後、近医泌尿器科で慢性前立腺炎の診断で加療されていたが、2010年3月に肉眼的血尿が出現し当科受診。直腸診・エコー検査で巨大な前立腺を認めた。PSA は 0.73 ng/ml。骨盤部 MRI で小骨盤腔を占拠する径 10 cm の腫瘍性病変を、また CT で、肺と肝臓に多発転移を認めた。針生検の結果とあわせて前立腺肉腫・多発転移と診断。CYVADIC 療法と局所放射線照射を行ったが1コース後に肝転移の急速な増大を認め全身状態が徐々に悪化、当科初診より2カ月目に死亡した。本症例は、組織学的検索で前立腺間質由来の肉腫が疑われたが前立腺原発と断定するに至らなかった。しかし臨床的に前立腺原発に矛盾せず、stromal sarcoma の範疇に入るものと判断した。

HoLEP 後に診断された前立腺悪性リンパ腫の1例：岸本 望，高尾徹也，山本圭介，辻畑正雄，野々村祝夫（大阪大），山本正樹，水木満佐夫（同血液内科），原 恒男（市立池田），梶本昌昭（かじもと泌尿器科） 79歳，男性。排尿困難を主訴に近医受診。腹部超音波、直腸診で前立腺の著明な腫大を認め、HoLEP 目的に当院紹介された。PSA は 2.38 ng/ml。HoLEP 施行後の病理検査で diffuse large B-cell lymphoma が判明。FDG-PET で残存前立腺に強い FDG 集積を認め、骨盤内リンパ節に点状の集積を認めた。以上より前立腺原発悪性リンパ腫 Ann Arbor 分類 stage II と診断。R-THP-COP 療法を6コース施行し完全寛解を得た。現在1年4カ月再発なく外来経過観察中である。前立腺原発悪性リンパ腫はわれわれの調べた限り自験例が本邦40例であり、HoLEP 後に診断されたのは初であった。

前立腺嚢胞の1例：楠本浩貴，佐々木有見子，西澤 哲，浦 邦

委，児玉芳季，藤井令央奈，南方良仁，松村永秀，根本康夫，稲垣武，原 勲（和歌山医大） 54歳，黒人男性。排尿困難あり前立腺肥大症として投薬治療を受けていたが、手術希望で当院紹介。IPSS 23点，QOL 3点，Qmax 7 ml/s，RU 140 ml，PV 34 ml。前立腺肥大症の全般重症度判定基準で重症。HoLEP を予定していたが、術前の MRI では traditional zone の肥大はなく膀胱頸部に 18 mm 大の多発性の嚢胞をみとめた。膀胱鏡検査でも前立腺部尿道の閉塞はなく、膀胱頸部に弾力性のある嚢胞を認めた。以上より前立腺嚢胞による下部尿路閉塞と判断し、経尿道的嚢胞壁開窓術を施行。HoLEP の合併症である術後逆行性射精がおきることなく、排尿状態は改善された。

排尿困難を来した前立腺貯留性嚢胞の1例：金宮健翁，新井浩樹，室崎伸和，本多正人（公立近畿中央），吉田恭太郎（同病理） 54歳，男性。2006年6月より尿勢低下，排尿遅延を自覚。2007年6月27日当科初診。エコーで膀胱内に突出する，前立腺内部の多房性嚢胞様変化，膀胱鏡検査で同部の閉塞所見を確認した。塩酸タムロシンを内服したところ，症状軽快し，3カ月後の腹部 MRI にて嚢胞は消失した。その後，経過観察中の2009年10月7日，再度尿勢低下を訴えた。骨盤 MRI，膀胱鏡検査で嚢胞再発を認めた。塩酸タムロシンの内服を再開したが症状改善せず，嚢胞開窓術目的で入院。2009年12月1日，経尿道的嚢胞開窓術を施行した。切除後の内腔面は基底細胞，基底細胞上皮で覆われており，嚢胞は拡張した前立腺腺腔と考えられた。術後排尿困難は改善した。術後9カ月の現在，排尿症状は訴えていない。

前立腺生検後，前立腺に膿瘍を形成した1例：森 泰宏，岡村靖久，岡田 崇，河瀬紀夫，野々村光生（京都桂） 69歳，男性。既往歴は糖尿病，高血圧，前立腺肥大症。近医にて PSA 9.7 ng/ml と高値指摘され当院紹介受診し，経直腸前立腺生検術を施行した。病理結果では明らかな悪性所見はなかった。術後7日目より肛門痛，排尿困難が出現し近医にて投薬加療をされていたが症状改善認めず。術後1カ月に当院再診し CT，MRI 上前立腺膿瘍を認め緊急入院となった。入院後，経尿道的に前立腺膿瘍のドレナージを行い治療経過は良好であった。前立腺生検後に前立腺膿瘍を発症する報告は少ないが，糖尿病などの易感染性の症例では十分注意をする必要があると考えられた。

前立腺異所開口を伴う上半腎と前立腺を一塊にして摘除した前立腺癌の1例：宮後直樹，王 聡，小森和彦，原田泰規，安永 豊，岡聖次（国立大阪医療セ） 68歳，男性。既往歴に右網膜剥離，うつ病あり。右水腎症を認め、2006年初診。MR-Urography で右重複腎盂尿管，前立腺部尿道への異所開口と診断。無症状のため経過観察となるも、2010年 PSA 高値を契機に生検を施行し，限局性前立腺癌と診断。右上半腎切除術および前立腺全摘除術を施行。右上半腎，尿管，前立腺を一塊にして摘除，前立腺部尿道へと開口する異所尿管を肉眼的に確認した。重複尿管と前立腺癌に対して同時に手術療法を行ったのは4例目，上半腎切除を施行したのは1例目である。手術操作では，異所開口尿管と正常尿管との剥離の際に正常尿管を損傷しないことが肝要であると考えられた。

後腹膜脂肪肉腫の1例：上田倫央，鯉田容平，川村憲彦，氏家剛，任 幹夫，西村健作，三好 進（大阪労災），川野 潔（同病理） 症例は，82歳，男性。他院の腹部超音波検査にて腹部腫瘍を指摘され，2009年10月精査加療目的に当科を紹介受診。CT では，後腹膜に長径 10 cm 大の分葉状，内部低濃度の腫瘍を認め，画像所見より間葉系由来の腫瘍と診断したが，患者は無症状であることから手術を希望されず，経過観察となった。その2カ月後，嘔気・腹痛が出現し，MRI を施行したところ，腫瘍は長径 14 cm と増大していた。有症状となったため患者は手術を希望し，2010年3月後腹膜腫瘍摘除術を施行した。腫瘍は後腹膜に存在し，腸間膜と癒着していたため，腸間膜を一部合併切除し，腫瘍を摘除した。摘除標本の重量は 880 g であった。病理組織診断は，粘液型脂肪肉腫であった。術後6カ月を経過した現在，再発・転移を認めていない。

後腹膜原発の脂肪肉腫に対して GC 療法が有効であった1例：壁井和也，森 直樹，米田 傑，真殿佳吾，木下竜弥，嘉元章人，関井謙一郎，吉岡俊昭，板谷宏彬（住友） 71歳，女性。2009年2月に微熱，貧血を主訴に当院受診し，精査にて左腎腫瘍を疑い当科入院。入

院後、根治的左腎摘出術を施行、病理結果は脱分化型脂肪肉腫。術後経過観察していたが局所再発を認めたため術後4カ月後に後腹膜腫瘍摘出術を施行。さらに4カ月後再度局所再発と肺転移を認め、放射線療法(46 Gy)とGC療法(GEM 1,000 mg/m², CDDP 70 mg/m²)3クールを施行し腫瘍は縮小した。2カ月間の休業中に肺転移の増大を認めGC4クール目を施行して再度縮小。その後肺部分切除術を行った。術後18カ月経過した現在、追加のGC療法5クール目を施行中である。脱分化型脂肪肉腫の化学療法はエビデンスのある薬剤は少ないがGC療法が有効であった1例を経験した。

後腹膜に発生した炎症性筋線維芽細胞性腫瘍の1例：鄭 裕元，倉橋俊史，丸山 聡，田中宏和（加古川医療セ），田代 敬（同病理），上野康一（高砂市民）79歳，男性。発熱，全身倦怠感を主訴に近医受診。右腎腫瘍と診断され，経皮的ドレナージ，抗菌薬を投与するも改善せず，当院紹介となる。CTにて右腎に8×6×7cmの内部壊死を伴う充実性腫瘍を認めた。腎悪性腫瘍も否定できなかったために根治的腎摘除術を施行した。手術所見は，腎との境界は明瞭であったが，切離は不可能で，腸腰筋とも強固な癒着を認めた。摘出標本は弾性硬で剖面淡緑色，内部には一部膿汁を認めたが，大部分は充実性であり，腎由来ではなく後腹膜由来のものであった。術後，速やかに全身状態は改善した。病理学的所見では，腫瘍は紡錘型細胞が密に増加しており，筋線維芽細胞への分化を伴っており炎症性筋線維芽細胞性腫瘍と診断した。炎症性筋線維芽細胞性腫瘍は境界型悪性に分類されているが，術後4カ月で明らかな再発は認めていない。

陰茎折症の診断にコイルMRIが有用であった4例：江澤秀一，齊藤允孝，畑中祐二，今西正昭（済生会富田林）MRIは陰茎折症の診断に用いられるが，surface coilを用いることによって，白膜の断裂部位をより明確に描写することができる。これにより手術に際して，白膜断裂部の直上の小切開のみでの低侵襲の治療が可能となる。当院でsurface coilを用いて治療した陰茎折症4例中3例は小切開での修復ができ，ほかの1例は年齢と出血の程度を総合的に判断し，保存的治療とした。いずれの症例も，コイルMRIによって，白膜の断裂部や出血の程度を，より詳細に評価出来たことが，治療方針の決定に有用であった。以上，コイルMRIが，診断と治療に有用であった陰茎折症の4例を報告した。

腎・前立腺・肺に確認されたIgG4関連硬化性疾患の1例：森本和也，石井啓一，牧野哲也，葉山琢磨，浅井利大，上川禎則，金 卓，坂本 亘，杉本俊門（大阪市医療セ），宮下知子，吉岡克宣（同総合診療科）59歳，男性。58歳時に前立腺肥大症と診断。2009年1月の検診で右肺腫瘍を指摘。同年4月，フォローのCTで多発肺腫瘍を認め，当院紹介となり右肺部分切除（生検）施行。病理結果はリンパ腫様肉芽腫症でありIgG4染色にて陽性を示しIgG4関連硬化性疾患であった。また腎機能の悪化やPETにて腎・前立腺への取り込みも認めため腎生検・前立腺生検を施行。病理結果は間質性腎炎，前立腺炎であり共にIgG4陽性の所見であった。ステロイド治療を行い肺腫瘍の縮小と腎機能の改善，頻尿症状の改善を認めた。また経過中一過性に血清IgG4値の上昇を認めた。

子宮内膜症による長期に及ぶ左尿管狭窄に対して尿管膀胱吻合術(Boari法)を施行した1例：橋本 潔，大関孝之，加藤良成，井口正典（市立貝塚），長松正章（同産婦人科）38歳，女性。34歳時，他医にて子宮内膜症と診断，同時に左水腎症を指摘。偽閉経療法にて一旦水腎症は軽快したが，再発したため35歳時当科紹介。尿管剥離術と尿管カテーテル留置術を施行。その後挙児希望あったため，偽閉経療法は行わず，定期的に尿管カテーテル交換を行っていたが，子宮内膜症が増悪してきたため，38歳時手術施行。術前画像診断で左下部尿管に約4cmに及ぶ狭窄部を認めており，左卵巢摘除の後，Boari flap法を施行した。病理所見で左卵巢に内膜症を認めたが尿管は炎症所見のみで，尿管子宮内膜症 extrinsic type と診断した。術後左水腎症の再発はなく，40歳時男児を出産した。

硬膜外カテーテル留置時に肋間動脈損傷が疑われた1例：植村祐一，石戸谷哲，大西裕之（滋賀成人病セ）62歳，女性。2009年10月浸潤性膀胱癌に対し，全身麻酔，硬膜外麻酔下に膀胱子宮全摘，回腸導管造設術施行。硬膜外麻酔は傍正中法にて施行。術後4日目，硬膜外カテーテル抜去するも，カテーテル刺入部より拍動性の出血および

右季肋部痛が出現。肋間動脈損傷が疑われた。CT撮影し，右胸腔内の液体貯留を認めたが，硬膜外に異常は認めなかった。右胸腔ドレーン留置し，血性の排液を認め，右季肋部痛は消失した。その後，造影CTを撮影するも，血管外への造影剤の流出は認められなかった。その後，一過性に貧血が進行し，RCC4単位の輸血を要したが，術後14日目に胸腔ドレーンを抜去し，術後35日目に退院となった。硬膜外カテーテルによる肋間動脈損傷は文献上1例のみであり，自験例は2例目であった。

膀胱悪性リンパ腫の2例：吉川元清，岡島英二郎（市立奈良），中村 潤（やよいクリニック），上島成也（近大奈良），八木秀男（同血液内科）症例1は68歳，女性。排尿時痛を認め近医で抗生剤治療を受けるも改善なく，難治性膀胱炎の疑いで紹介受診。CTで膀胱頸部右より突出する6cm大の腫瘍を認め，TURBt施行し病理結果はDLBCL(Diffuse large cell lymphoma)であった。全身化学療法施行も画像上PD判定となり，局所放射線療法施行の上現在経過観察中である。症例2は86歳，女性。主訴は肉眼的血尿。CTで膀胱後壁の肥厚所見を認めTUR施行。病理結果はDLBCLであった。全身化学療法施行の上現在経過観察中である。

化学療法が著効したMicropapillary bladder tumorの1例：井上裕太，鳥山清二郎，阿部弘一，稲葉光彦（綾部市立），奥原紀子（西陣），佐藤 暢（桃仁会）80歳，男性。頻尿を主訴に受診。膀胱鏡にて乳頭状広基性腫瘍を認め，経尿道的膀胱腫瘍切除術を施行した。病理診断はmicropapillary variant of urothelial carcinomaであった。MRI，CT上，膀胱周囲組織への浸潤，左腸骨領域リンパ節に転移を認め，臨床病期T3b，N1，M0と診断した。GC療法を2コース施行後，画像所見上，左腸骨領域リンパ節転移が消失し，膀胱全摘術を施行した。郭清したリンパ節を含め，摘出した組織にviable cellの残存を認めなかった。

クローン病に起因する腸管膀胱瘻より発生した膀胱粘液腺癌の1例：相原衣江，丸山琢雄，山田祐介，白石裕介，上田康生，鈴木透，樋口喜英，佃 文夫，野島道生，山本新吾（兵庫医大），池内浩基，富田尚裕（同下部消化器外科），造住誠孝，廣田誠一（同病院病理）52歳，男性。29歳時，小腸大腸型クローン病と診断。同時期より腸管膀胱瘻指摘されるも放置。血尿にて当科初診となる。CTにて膀胱粘壁肥厚を認め，TUR生検にて粘液腺癌と診断。膀胱全摘除術と腸管切除術を施行した。膀胱粘膜は腸管膀胱瘻を介してすべて腸上皮に置き換わっており，そのため腸上皮由来の粘液腺癌が膀胱に発生したものと考えられた。クローン病において長期瘻孔の存在などが癌化の要因に挙げられている。癌化予防のためにも早期の瘻孔腸管切除など手術加療が必要であると考えられた。

術後8年後に肺転移を来した浸潤性膀胱癌の1例：宮崎 彰，村蒔次，中野雄造，竹田 雅，田中一志，三宅秀明，藤澤正人（神戸大）66歳，男性。2001年4月左尿管口部の浸潤性膀胱癌に対し，左腎尿管膀胱全摘除術および回腸導管造設術を施行した。病理結果は，UC，G3>G2，pT3b，pN0，INF-β，ly+，v+であり，adjuvant化学療法としてM-VACを2コース施行後，外来フォロー中であった。2009年9月CTにて原発性肺癌が疑われたため右下葉区域切除術を施行した。病理組織診断は尿路上皮癌の肺転移であったため，GC療法を3コース追加した。膀胱全摘後の膀胱癌晩期再発についてSolsonaらの検討では上部尿路再発が有意に高率であり，予測因子としては多発腫瘍，前立腺浸潤の項目が特に有用であると報告されていた。本症例では遠隔転移であり，いずれの予測因子も有していなかった。本邦における膀胱全摘後晩期再発の報告例は少なく，比較的稀な病態であると考えられた。

絨毛癌成分を伴った膀胱・尿管癌の1例：井上貴昭，増田朋子，乾 秀和，西田晃久，川喜多繁誠，杉 素彦，室田卓之（関西医大滝井）84歳，男性。右下部尿管癌，pT1，G3の診断のため右腎尿管全摘施行予定であったが，その後，患者は受診されず，血尿持続のため2カ月後再診されたところCTで膀胱内に40mm大のmassを認め，右上部～下部尿管およびmassを認めたが，明らかな転移を認めないため，尿管cT3N0M0，膀胱cT3N0M0と診断し，開放下右腎尿管膀胱全摘を施行。病理結果はurothelial carcinoma with choriocarcinomaであった。

肉眼的血尿の精査中に発見された VP シャント膀胱内迷入の 1 例：角井健太，山崎隆文，大場健史，結縁敬治，山下真寿男（神鋼），平井 取（同脳神経外科）74歳，男性。既往歴はくも膜下出血（クリッピング+VP シャント），前立腺癌（MAB+放射線外照射），胃癌の診断で当院内科入院加療中，尿道カテーテル留置 3 日後からの肉眼的血尿を主訴に当科紹介。膀胱鏡検査を施行したところ膀胱壁の発赤や浮腫状の変化を認め放射線膀胱炎が疑われた。また膀胱後壁下部より索状物の穿通を認めた。既往よりこの索状物は VP シャントのチューブであることが疑われ，脳神経外科にコンサルトした。原因不明の発熱が続いていたことから VP シャントのリザーバー部分より髄液を採取したところ細菌性髄膜炎の所見を認めたため，膀胱鏡で刺入部を観察しながらチューブを膀胱内より抜去した。その後髄膜炎は改善したが肉眼的血尿は続き，肉眼的血尿の原因は放射線膀胱炎であると考えられた。

術後 6 年目に骨盤内再発を来たした精索脂肪肉腫の 1 例：中尾篤，山田祐介，東郷容和，古倉浩次（宝塚市立），塚本吉胤，廣田誠一（兵庫医大病院病理） 症例は69歳，男性。2003年 8 月右陰嚢内腫瘍の診断にて高位精巣摘除術施行。当時の診断は低悪性度の間葉系腫瘍との診断であった。その後当科にて定期的経過観察中，2009年 4 月頃より時折強い右鼠径部痛認め，CT 施行したところ骨盤内に 2 cm 大の腫瘤認め。4 カ月後 CT 再検したところ腫瘤の急速な増大を認めたため，開腹腫瘍摘除術施行。高分化型脂肪肉腫と診断された。6 年前の病理組織を再検したところ高分化型脂肪肉腫と訂正され，術後再発と診断した。術後半年を経過した現在再発・転移を認めていない。精索脂肪肉腫の術後再発は自験例が本邦12例目の報告であった。

精索原発脂肪肉腫の 1 例：西川昌友，原田健一，阪本祐一，中村一郎（神戸市医療セ西市民） 症例は57歳，男性。右陰嚢内容の無痛性腫脹を自覚し，同年 5 月当科受診したところ，超音波検査で陰嚢内に腫瘤を認めた。MRI ですが T1 強調画像で high intensity，T2 強調画像で low intensity を示す病変を認め，第一に血腫が疑われたため，経過観察となるも，外傷の病歴がないこと，hCG β が高値であることから精巣腫瘍の可能性も考慮し，陰嚢内悪性腫瘍の診断のもと右高位精巣摘除術を施行した。病理組織で高分化型の脂肪肉腫と診断 摘出標本では，周囲組織を十分につけて摘除できており，精巣および精索断端に悪性所見を認めなかったことから，追加治療は施行せず，画像検査で経過観察の方針としたが術後 5 年を経たが再発所見を認めていない。

精巣腫瘍と鑑別が困難であった精索脂肪肉腫の 1 例：稲垣裕介，藤田昌弘，中山治郎，志水清紀，今津哲央，目黒則男，清原久和（市立豊中），古本あゆみ，足立史朗（同病理） 71歳，男性。主訴は左陰嚢内容の腫大。2010年 1 月，無痛性の左陰嚢内腫瘍を主訴に当院紹介受診。左陰嚢内容は手拳大に腫大し，弾性硬，表面平滑，圧痛なし。血液検査で異常値を認めず，LDH，AFP， β HCG も正常値であった。超音波検査では左陰嚢内に 4×6 cm 大の表面平滑，内部不均一な充実性腫瘍を認め，胸腹部 CT では同部位の腫瘍以外に異常を認めな

かった。左精巣腫瘍と診断し高位精巣摘除術を行った。摘除標本では腫瘍は 6.5×7.0×8.0 cm で，その遠位側に圧排された精巣を認めた。病理組織学的には腫瘍と精巣との境界は明瞭で，精索原発の多形型脂肪肉腫と診断された。術後無治療で経過観察しており，術後 6 カ月の現在，再発の徴候を認めない。

5 つの組織型から成る精巣混合型胚細胞腫瘍の 1 例：金光俊行，木内利郎，野間雅倫，辻川浩三，小野 豊，中森 繁（東大阪市立総合），山本 憲，山内 周（同病理） 29歳，男性。右陰嚢の無痛性腫大にて受診。精巣腫瘍の診断にて高位精巣摘除術施行。肉眼的所見は著明な壊死出血を伴う，一部で白色調の部分が混在する 8.5×5.5×4 cm 大の腫瘍であった。病理組織は胎児性癌を 90%以上含み，セミノーマは数%，奇形腫と卵黄嚢腫瘍は 1%程度で，わずかに点在する絨毛癌から成る混合型胚細胞腫瘍であった。本邦での 5 種類の混合型精巣胚細胞腫瘍は，124例中 2 例，557例中 0 例という統計がある。精巣胚細胞腫瘍に混合型が発生する理由は胎児性癌が多分化能を有するだけでなく，胚細胞腫瘍自体が多分化能を持つためと考えられているものの，まだまだ未知の部分が多いのが現状である。

原発性精巣カルチノイドの 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） 77歳，男性。2009年乳房外バジェット病にて当院で根治術を施行。2010年フォローアップの CT で右精巣腫瘍を指摘。躯幹 CT にて明らかな転移なく，腫瘍マーカーは AFP， β hCG，LDH ともにすべて正常範囲であった。cT1N0M0 の精巣腫瘍の診断で右高位精巣摘除術を施行した。病理診断はカルチノイドであった。カルチノイドとは神経内分泌細胞から発生した腫瘍全体の総称であり，発生部位は約 70%が消化管である。精巣原発のカルチノイドは稀で，精巣転移としての報告例はすべて小腸が原発である。本症例においてはカプセル内視鏡にて消化管の精査を行ったが明らかな腫瘍は認められず，手術療法のみで根治可能であると考えられた。稀な症例であるため予後に関しては明らかにはなっていないが約 10%の症例で経過中転移を認めるという報告があり，悪性腫瘍として経過観察すべきであると考えられる。

BCG 膀胱内注入療法後に発症した結核性精巣上体炎の 1 例：上阪裕香，高比優子，木内 寛，市丸直嗣（大阪中央） 65歳，男性。膀胱癌再発に対して 4 回目の TUR-Bt 後，BCG 膀胱内注入療法（con-naught 株 81 mg）を計 8 回施行した。その 5 カ月後に左陰嚢内容の腫大と疼痛を認めた。抗生剤投与で疼痛が軽減するも，再度疼痛が増強し，膿瘍自壊を認めた。膿の結核菌塗抹にてガフキー 2 号を認め，結核性精巣上体炎の診断で抗結核化学療法を開始した。2 カ月間化学療法を継続したが改善がなく，左陰嚢内容および陰嚢皮膚の合併切除を施行した。病理所見では乾酪壊死を伴った類上皮細胞およびラングハンス巨細胞からなる肉芽腫を認めた。術後 4 カ月の予定で抗結核療法を継続しており，現在再発徴候を認めない。BCG 膀胱内注入療法後の精巣上体炎の頻度は 0.2~0.4%とされており，BCG 膀胱内注入療法後，長期間を経過してから発症する症例も見られ，診断に苦慮することもある。