

## 学会抄録

## 第223回日本泌尿器科学会関西地方会

(2013年5月25日(土), 於 関西医科大学)

二次性アミロイドーシスを来した腎癌の1例: 村尾昌輝, 岩井友明, 上水流雅人, 池本慎一(八尾市立) 67歳, 男性. 1カ月前からの下痢と体重減少を認め近医より当院消化器内科を紹介受診し腹部超音波で左腎に10cm大の腫瘍を認め当科紹介受診された. 腹部造影CTで左腎中央より腹側に突出する12.5cm大の内部不均一な腫瘍を認め, 動脈相で造影され後期相で排泄された. 頻回の下痢のため施行した下部消化管内視鏡では大腸全体に発赤粘膜と糜爛を認め, 生検結果より腸管粘膜にアミロイドAの沈着を認めAA型アミロイドーシスと診断された. 臨床診断: 左腎癌(cT2bN0M0)に対して経腹的左腎摘除術, リンパ節郭清術を施行. 病理診断は淡明細胞癌であった. 腎の正常組織からも糸球体へのアミロイドAの沈着を認めた. 術後には持続した下痢は改善を認め, 血清アミロイドAの値も減少傾向にあったが, 腎機能は術後も増悪傾向を認めた.

異なる組織型を呈した重複腎細胞癌の1例: 関井洋輔(大阪警察), 片山欽三, 林 拓自, 嘉元章人, 角田洋一, 森 直樹, 吉岡俊昭(住友) 60歳, 男性. CTで偶発的に左腎腫瘍(cT1aN0M0)を認め, 根治的左腎摘除術を施行. 異なる2型の腎細胞癌を認め, それぞれ淡明細胞型腎細胞癌, 乳頭状腎細胞癌タイプ2であった. 異なる組織型を呈した重複腎細胞癌の1例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告した.

甲状腺乳頭癌腎転移の1例: 木下竜弥, 種田建史, 吉岡 巖, 原田泰則, 安永 豊, 岡 聖次(国立大阪医療セ), 林 伊吹(同耳鼻咽喉科) 83歳, 女性. 2007年甲状腺全摘術. 2011年頸部リンパ節と両肺に転移出現し, 頸部リンパ節廓清とヨード治療が行われた. 現在甲状腺ホルモン補充療法中. 今回術後68カ月の腹部CTで右腎腫瘍を指摘され, 2012年11月当科初診. 腎ダイナミックCTにて, 腎上極に3cm大の動脈相で濃染, 排泄相でwash outされる腫瘍を認めた. 腎細胞癌を疑い, 2012年12月後腹膜鏡下右腎摘除術施行した. 病理診断は甲状腺乳頭癌の腎転移であった. 甲状腺癌腎転移は画像上, 腎細胞癌と鑑別が困難とされるため, 甲状腺癌の既往のある腎腫瘍に対しては診断治療に注意する必要があると考える.

Henoch-Schonlein 紫斑病に乳頭状腎細胞癌を合併した1例: 賀来泰大, 千葉公嗣, 村崎基次, 石村武志, 三宅秀明, 田中一志, 藤澤正人(神戸大) 78歳, 男性. 2010年6月にHenoch-Schonlein 紫斑病(以下HSP)精査中にCTで偶然左腎腫瘍を指摘された. その後腎血管筋脂肪腫の診断のもと前医で経過観察されていた. 2012年6月増大傾向あり, 加療目的に同月当科紹介受診した. MRIにて左腎上極背側に造影効果のある32×23×25mmの腫瘍所見を認め, 開腹左腎部分切除を施行した. 病理にてpapillary renal cell carcinoma type 1と診断した. 腎部分切除後, 術前より認めていた下腿の紫斑の改善を認め, Henoch-Schonlein 紫斑病と腎癌との関連が示唆された.

完全重複尿管に発生した腎カルチノイドの1例: 小池宏幸, 井口孝司, 若宮崇人, 山下真平, 楠本浩樹, 西澤 哲, 児玉芳季, 射場昭典, 吉川和朗, 松村永秀, 根本康夫, 原 勲(和歌山医大) 43歳, 女性. 幼少期から発達異常あり. 胆石精査のCTで右腎腫瘍と右尿管結石を指摘された. 血液検査上異状なく血尿と感染尿を認めた. 造影CT, MRIで腎上極に43mm大の乏血性の充実性腫瘍を認めた. 完全重複尿管であり, 腫瘍のある上半腎切除術を予定していたが, 術中迅速でリンパ節転移が判明したために右腎摘除術を施行した. 病理結果は腎カルチノイドであった. 腎カルチノイドの報告は本症例が調べた限り44例目の報告であるが, 重複尿管に合併した報告は本症例が初めてである. 腎カルチノイドの臨床的特徴の集計に加え, 重複尿管の場合腎部分切除も選択肢となりえるため若干の文献的考察を加えて報告する.

腎癌に対する凍結療法の経験: 安食 淳, 上田 崇, 加藤峰之, 塩田晃司, 堀田俊介, 内藤泰行, 中村晃和, 本郷文弥, 鴨井和実, 河内明宏, 三木恒治(京府立医大) [目的] 腎癌の治療は外科的切除が原則であるが困難な例もある. 当科では2013年3月よりCTガイド下経皮的凍結療法を施行しており, 初期治療経験について報告する. [対象] 当院で凍結療法を施行した5症例について報告する. 年齢の中央値は67歳, 腫瘍径の平均値は30.6mmであった. 術前に全例に腎腫瘍生検を行い, すべてRCCであった. 現時点で治療効果判定可能であった1症例での, 術後4週後の造影CTでは凍結領域に造影効果消失を認め治療効果は十分と考えられた. [結語] 当院では現時点でCTガイド下経皮的凍結療法を5例経験したが, 特に合併症なく安全に治療を行うことが出来ている. 今後は症例数を増やし, 長期予後などについての検討が必要である.

スニチニブによる一過性甲状腺中毒症の1例: 関井洋輔(大阪警察), 六車光英, 川喜田睦司(神戸市中央市民), 辻 晃仁(同腫瘍内科), 石原 隆(同糖尿病内分泌内科) 69歳, 男性. 腎がん術後, 肺転移に対しインターフェロン $\alpha$ で加療し, 右肺上葉切除術を施行. その後, 右白蓋骨と右大腿骨近位に骨転移が出現し, スニチニブで加療経過中に頻脈を伴う甲状腺中毒症を発症. スニチニブを減量し甲状腺機能低下に至った. スニチニブによる一過性甲状腺中毒症の1例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告した.

自然破裂した腎PNETの1例: 澤崎晴武, 千菊敦士, 宮崎 有, 高橋 毅, 小倉啓司(大津赤十字) 39歳, 男性. 2012年7月, 血尿, 右側腹部痛にて近医受診. 腹部CTにて右腎腫瘍破裂を指摘され加療目的にて当院紹介受診. 同日緊急右腎動脈塞栓術を施行. 第3病日, 開腹下右腎摘除術を施行. 病理組織診断はPNET(未分化神経外胚葉性腫瘍). 術後療法として, VAIA(ビンクリスチン, アクチノマイシン, イフォマイド, アドリアマイシン)による化学療法を9コース施行. 化学療法終了時のCTでは再発なく現在外来経過観察中である.

副腎悪性リンパ腫の1例: 中澤成晃, 植村元秀, 藤田和利, 木内寛, 奥見雅由, 中井康友, 高尾徹也, 矢澤浩治, 高山仁志, 宮川康, 辻村 晃, 野々村祝夫(大阪大) 症例は66歳, 男性. 2010年6月, 食欲低下と1カ月で7kgの体重減少を自覚. 近医でのCT検査にて右腎腫瘍および左副腎腫瘍を認めた. 血液検査でLDH 491 IU/L, sIL2-R 8,804 U/mlと異常高値を認め, リンパ腫が疑われた. FDG-PET検査を施行し, 新たに右副腎の腫大を認めるとともに, 両側副腎, 右腎に異常集積を認めた. 悪性リンパ腫の確定診断のために開腹副腎生検を施行し, diffuse large B cell lymphomaと診断した. 化学療法を開始するが, 診断から9カ月後急性硬膜下血腫により死亡した.

急性副腎不全を呈した両側副腎腫瘍の1例: 溝渕真一郎, 大西健太, 辰巳佳弘, 穴井 智, 鳥本一匡, 藤本清秀(奈良医大), 中農勇, 辻本賀洋(高の原中央) 41歳, 男性. 全身倦怠感を主訴に近医を受診し, 腹部CTで両側巨大副腎腫瘍を指摘され, 当科紹介受診. 全身精査でも副腎以外に異常を指摘されず, 内分泌機能検査でも診断確定には至らなかった. 開腹生検を施行し, びまん性大細胞型B細胞悪性リンパ腫と診断された. 術後に発熱, 低ナトリウム血症, 意識障害を認め, 迅速ACTH負荷試験にてコルチゾールの反応低下により, 急性副腎不全と診断された. ステロイド補充療法で速やかに症状の改善を認めたが, 両側性副腎腫瘍に対する精査加療中は副腎不全を来すことを十分に念頭におく必要がある. 現在両側副腎悪性リンパ腫と診断後3カ月加療中である.

肺と脳に遠隔転移を来したvon Hippel Lindau 腎癌の1例: 高井朋聡, 内本泰三, 齋藤賢吉, 反田直希, 光野絢子, 南 幸一郎, 小村和正, 上原博史, 高原 健, 稲元輝生, 能見勇人, 木山 賢, 東 治

人(大阪医大) 40歳代、男性。主訴は腰痛。1994年左腎痛に開腹腎摘除術施行(淡明細胞癌)。2004年小脳脊髄血管芽腫と診断。遺伝子検査でVHL病と診断した。2005年右腎癌出現し腎部分切除術施行(淡明細胞癌)。2009年右腎癌の再発および左肺腫瘍の出現を来しソラフェニブを導入。2011年ring状enhanceの転移性脳腫瘍、左肺腫瘍増大と右肺腫瘍出現を来し、ソラフェニブ中止と腫瘍切除を施行。脳腫瘍と肺腫瘍の原発は腎癌であった。12月に腰痛出現し骨シンチで異常集積を認め、疼痛除去で入院しradiation施行。以後リハビリ病院に転院されたが、脳浮腫出現とPS低下で積極的治療は行わず2012年11月永眠された。VHL病の腎癌が脳転移を来した症例の報告がなく希少な症例であった。

自然破裂に対する塞栓術が不十分であった腎血管筋脂肪腫に対し、腹腔鏡下腎部分切除術を施行した1例:萩原暢久, 木村泰典, 乾 将吾, 本田俊一郎, 藤原敦子, 岩田 健, 納谷佳男, 邵 仁哲, 沖原宏治, 河内明宏, 三木恒治(京府立医大) 30歳, 男性。側腹部痛を主訴に前医受診。腎血管筋脂肪腫自然破裂後と診断され、TAEを計3回施行したが増大傾向となり径5cmを超えた。開腹腎摘除術の適応も検討されたが、患者は腹腔鏡下腎部分切除術を強く希望され当科紹介受診。ソフト凝固を用いる事で、無阻血腹腔鏡下腎部分切除術を施行した。術中、術後に明らかな合併症を認めていない。AMLは良性腫瘍であり、可能な限り腎温存手術を積極的に考慮すべきであるが、ソフト凝固という新しいデバイスを用いる事で、大きなAMLであっても安全に腎温存手術を行える可能性が示唆された。

原疾患の診断に苦慮した両側水腎症の1例:仁田有次郎, 玉田聡, 南 彰紀, 西原千香子, 井口太郎, 川嶋秀紀, 仲谷達也(大阪市大), 鎌田良子, 山本晋史(育和会) [症例] 35歳, 女性。主訴:右側腹痛。[現病歴] 右側腹痛を主訴に近医受診。CT撮影すると両側水腎症認め、S-Cr 3.8と急性腎後性腎不全認めた。しかし、CT上結石などの明らかな閉塞機転は不明。緊急でDJカテーテル留置するも、1日で閉塞。水腎症の原因も不明であったため、当院へ転院。両側腎摘除後、全身の画像検索したが明らかな病変なし。RPで両側尿管に2椎体分の狭窄あり。婦人科精査にて早期の子宮頸癌を疑われ、子宮円錐切除予定したが、本人希望で子宮全摘施行。その際同時に両側尿管剥離術および生検を併せて行った所、病理診断は子宮頸癌の後腹膜播種であった。現在婦人科で、化学療法施行中である。

尿管切除後の単腎患者に発症した腎盂腫瘍に対するMMC灌流療法1例:中村健治, 寺田直樹, 上山裕樹, 松岡 崇, 松田 歩, 村上 薫, 小林 恭, 杉野善雄, 山崎俊成, 松井喜之, 今村正明, 大久保和樹, 神波大己, 吉村耕治, 小川 修(京都大) 65歳, 男性。膀胱癌, 右腎盂癌, 左下部尿管癌のため当科紹介受診。腹腔鏡下右腎尿管膀胱全摘, 左尿管部分切除および左腎摘除術施行。術後化学療法MEC 2コース施行。術後2年で温存した左腎盂に腫瘍を認め、経皮的腫瘍切除後に定圧灌流下にMMCを注入。術後6カ月経過したが再発を認めず。

BCG療法後に発症した炎症性偽腫瘍の1例:上戸 賢, 伊藤克弘, 砂田拓郎, 濱田彬弘, 加藤敬司, 植月祐次, 川西博晃, 奥村和弘(天理よろづ) 47歳, 女性。尿潜血陽性にて当科受診。膀胱CISに対しBCG療法施行後、フォローの膀胱鏡検査にて結節型腫瘍を認めTURを施行。病理結果は炎症性偽腫瘍であった。その後肉眼的血尿認め、膀胱鏡検査にて結節型腫瘍あり。再度TUR施行し炎症性偽腫瘍再発の診断。ステロイド投与にて以後再発を認めていない。

馬蹄腎ドナーからPre-emptive生体腎移植を施行した1例:若宮崇人, 吉川和朗, 井口孝司, 楠本浩貴, 西澤 哲, 児玉芳季, 康根浩, 松村永秀, 相本康夫, 原 勲(和歌山医大) レシピエントは60歳, 男性。糖尿病性腎症による慢性腎不全。ドナーは63歳, 女性。妻であり先行的生体腎移植を希望し当科受診。術前検査でドナーは馬蹄腎であったが、夫婦共に移植を強く希望。ドナー手術では峡部を腸鉗子で遮断することでうまく体内灌流ができ、その左側を離断。峡部断端の静脈、尿管を確実に縫合閉鎖し、レシピエントの右腸骨窩に移植した。レシピエントの血清Cr値は2.04mg/dlまで低下し、合併症なく退院。ドナーの術後血清Cr値は0.5~0.6mg/dlでありやや悪化。馬蹄腎の生体腎移植では峡部を腸鉗子で遮断し灌流すること、左寄りて離断すること、バックテーブルで尿管から灌流し開放した尿管を確

実に閉鎖すること、以上が重要だと言える。

尿管皮膚瘻造設術後ステントカテーテル交換を契機に感染性心内膜炎を発症した1例:窪田成寿, 村井亮介, 金 哲将(公立甲賀) 79歳, 男性。浸潤性膀胱癌に対し膀胱全摘除術。尿管皮膚瘻造設術後、尿管カテーテル交換を契機に腎盂腎炎を発症。血液培養でMRSAを検出しバンコマイシンを開始したが第21病日に多臓器不全となった。第39病日に心エコーで大動脈弁に疣贅を認め感染性心内膜炎と診断した。抗生剤が奏功せず、末期腎不全となり第62病日に透析を導入した。心不全の増悪を認め第92病日大動脈弁置換術を施行。腎機能は改善し第130病日に透析を離脱した。MRSAによる感染性心内膜炎は治療抵抗性であり、長期抗生剤投与や心不全、MRSA関連腎炎による腎機能障害を来すことが多い。感染の治癒に伴い改善が期待できるため、内科的治療無効例に対しては積極的に外科的治療を施行すべきであると考えられた。

尿道狭窄のためにチューブレス膀胱皮膚瘻を造設した重度自閉症の1例:中西裕佳子, 白石裕介, 兼松明弘, 西本優大, 嶋谷公宏, 花咲毅, 楊 東益, 東郷和利, 田岡利宜也, 鈴木 透, 呉 秀賢, 樋口喜英, 野島道生, 山本新吾(兵庫医大) 36歳, 男性。重度自閉症にて施設入所中。尿閉、腎機能増悪にて当院救急搬送となり、逆行性尿道造影にて高度尿道狭窄による腎後性腎不全と診断。尿道狭窄手術やカテーテル長期管理は困難と考えられ、チューブレス膀胱皮膚瘻造設術を施行。尿量の多い成人では、ストマ周囲皮膚炎が問題となるため、パウチ管理が望ましいが、術後患者の受け入れは良好で、パウチングによる尿路管理が可能となっている。本術式は、特定状況下では成人においても有効な尿路管理法であると考えられた。

精巣腫瘍に対して腹腔鏡下後腹膜リンパ節郭清術施行後にデスマイド腫瘍を発症した1例:林 裕次郎, 宮後直樹, 武田 健, 山口唯一郎, 中山雅志, 新井康之, 垣本健一, 西村和郎(大阪府立成人病セ) 24歳, 男性。左精巣腫瘍, 傍大動脈リンパ節転移(非セミノーマ, pT2N1M0S1, stage IIA, IGCCC分類 good prognosis)に対してBEP療法を3サイクル施行後、鏡視下後腹膜リンパ節郭清術(RPLND)を施行。残存腫瘍なく、経過観察となった。RPLND後1年で左下腹部腫瘍が出現。RPLNDポート部にも近くポート再発や精索断端再発が疑われ、外科的切除を施行した。病理学的に精巣腫瘍は否定的でデスマイド腫瘍と診断された。精巣腫瘍治療後にデスマイド腫瘍を発症した症例は本邦第1例目で若干の文献的考察を加えて報告する。

ドセタキセル療法が有効であった前立腺導管癌の1例:藤原 遼, 影山 進, 山下寛人, 水流輝彦, 吉田哲也, 上仁教義, 成田充弘, 岡本圭生, 荒木勇雄, 岡田裕作(滋賀医大), 前澤卓也(日野記念) 68歳, 男性。肉眼的血尿で当科紹介受診。膀胱鏡で精丘付近に表面不整な粘膜を認めた。PSA 3.246ng/ml, 直腸診で異常所見は見られなかった。経尿道的生検で前立腺部尿路上皮癌と診断。膀胱前立腺尿道全摘術+回腸導管造設術を施行した。病理診断は微小な腺房腺癌を伴う前立腺導管癌(gleason score 5+4, pT3bN0M0)であった。術後1年5カ月にPSA上昇(10.806ng/ml), 局所再発, 骨盤転移を認めCAB療法, 放射線療法を施行。その2年後にCRPCとなり、ドセタキセル(DOC, 70mg/m<sup>2</sup>, 3週ごと)+プレドニゾン(PSL, 10mg/日)療法を開始した。3コースで画像上腫瘍性病変は消失, PSA 0.005ng/ml未満となり, 10コースで投与を終了した。DOC+PSL終了後も1年4カ月間CRで経過している。CRPCとなった導管癌に対してもDOC+PSL療法は有効な治療法と考えられた。

前立腺癌密封小線源永久挿入治療後の精囊再発に対してSalvage治療を行った1例:林 知行, 川喜多繁誠, 井上貴昭, 増田朋子, 西田晃久, 大口尚基, 室田卓之(関西大滝井) 70歳代, 男性。iPSA 7.5ng/ml, cT1cN0M0 gleason score 3+4=7の前立腺癌に対し密封小線源永久挿入治療を施行。その後PSA再発を認め、精囊を含む再生検でgleason score 4+4=8の精囊再発を認めた。Salvage治療として精囊を中心に密封小線源永久挿入治療を行い、有害事象なくPSAは低下, 9カ月経過した現在再発は認めていない。放射線治療後の前立腺局所再発に対するsalvage治療のガイドラインはあるが、精囊再発時の明確な指針はない。Salvage前立腺全摘除術と比較し重篤な合併症が少ない可能性があり、精囊へのシード挿入によるfocal therapyは局所再発の治療手段として有用であると考えられた。

前立腺全摘除術後に PSA 偽高値を呈した 1 例：北村悠樹，大杉治之，眞鍋由美，増田憲彦，伊東晴喜，三品陸輝，奥野 博（京都医療セ） 56歳，男性。排尿困難を主訴に近医受診。加療中に PSA 高値を認め，2011年5月当科受診。初診時 PSA（アーキテクト®）15.8 ng/ml，前立腺癌，cT2cN0M0，gleason score 3+3=6 であった。9月前立腺全摘除術施行。病理結果は pT2cN0，EPE0，RM0，gleason score 3+3=6 であった。術後，PSA 0.938 ng/ml と根治レベルまで低下しなかった。CT，MRI，骨シンチグラフィ施行するも再発や転移所見ないため，他の PSA assay（イムライズ®）で測定すると，PSA 0.150 ng/ml と低値であった。異心性抗体 HAMA（human anti-mouse antibody）の存在を疑い，HAMA に対するブロッカーを添加すると PSA 0.046 ng/ml であった。現在，PSA の変動がないため術後補助療法なく経過観察中である。

8 cm 長にわたる中下部尿管自然破裂が保存的に治癒した 1 例：河野有香，松本敬優，宇都宮紀明，常森寛行，岡田卓也，六車光英，川喜田睦司（神戸市立医療セ中央市民） 68歳，女性。糖尿病性昏睡で入院中。CT で両側水腎尿管症，膀胱壁肥厚，ならびに中下部尿管破裂，骨盤内膿瘍を認めたため当科紹介となった。明らかな尿管閉塞起点はなく，低コンプライアンス膀胱に起因する尿管内圧上昇が尿管破裂に関与したと考えられた。経皮的膿瘍ドレナージ，腎瘻，尿管ステントで保存的治療を行い，おのおの 1，3，5 カ月後に抜去。尿管は狭窄なく治癒した。その後は夜間間欠式バルーンカテーテルを使用した尿管管理で膀胱の低圧化を図り，水腎症なく 9 カ月が経過している。感染を伴う広範囲な尿管破裂が，開放ドレナージ術，および尿路再建術を行わずして治癒した 1 例を経験した。

右腎周膿瘍で発症した穿孔性虫垂炎の 1 例：奥野優人，鈴木光太郎，今井聡士，田口 功，岡本雅之，川端 岳（関西労災） 50歳，女性。40歳時より関節リウマチにてプレドニゾロンを内服している。他院にて発熱および炎症反応異常高値を契機に右腎周膿瘍と診断され，抗菌化学療法施行。臨床症状，血液検査所見は改善を認めるも，再検した CT にて腎周囲にガス像を認め，当科紹介受診。エコーガイド下穿刺を行ったがドレナージは良好でなく，また直後の CT 検査にて腸管が造影された。しかし，その後も臨床症状は改善傾向であった。注腸造影および CT 画像の吟味にて，虫垂炎の後腹膜穿孔による膿瘍形成と診断し，待機的に腹腔鏡下虫垂切除術および膿瘍ドレナージを行った。虫垂は上行結腸の背側・頭側に回り込み，根部で壊死・穿孔していた。術後経過は良好であった。

腎癌術後，微熱にて判明したガーゼオーマの 1 例：飯田孝太，伊丹祥隆，篠原雅岳，細川幸成，林 美樹（多根総合），武長真保，藤本清秀（奈良医大） 46歳，男性。左腎上極内側の腎癌 cT1aN0M0 に対し，左腎部分切除術施行。経過良好で退院。1 カ月後，微熱が続くため近医受診。CT にて軽度水腎症，尿管を指摘され当科再診。採血，検尿では炎症反応の上昇を認めるのみであった。CT で左腎前方内側に辺縁整，内部不均一な高濃度の mass を認め，腎周膿瘍，副腎膿瘍，副腎出血，異物などが疑われた。エコーでは強い音響陰影を認め，異物が疑われたため，試験開腹施行。癒着した後腹膜腔を展開すると，腹膜と腎周囲脂肪組織の間で被膜に覆われた状態でガーゼオーマを認めた。ガーゼ周囲の癒着は強く，被膜を破りガーゼのみを摘除した。術後水腎症は改善し，3年5カ月経過した現在，腎癌の再発，転移は認めていない。

精囊直腸瘻の 1 例：惣田哲次，木内 寛，角田洋一，中井康友，辻村 晃，野々村祝夫（大阪大），水島恒和（同外科），56歳，男性。cT3bN0M0 の直腸癌に対し腹腔鏡下低位前方切除術を施行。術後経過良好で，術後9日目に経口摂取が開始されたが，術後14日目，排尿時違和感および気尿を認めた。検尿では血膿尿であった。腹部 CT を施行したところ，左精囊および膀胱に気腫像を認め，直腸内視鏡では吻合部に瘻孔を認めた。直腸内視鏡下に瘻孔造影を行った後，腹部 CT を施行すると，直腸および精囊間の交通を認めた。精囊直腸瘻の診断の下，直腸内視鏡下に瘻孔内にフィブリン糊を充填させ治療に成功した。治療6カ月後の現在，明らかな精囊直腸瘻の再発なく経過している。

後腹膜鏡下右腎尿管摘除術後に骨盤部多発動脈出血を来した 1 例：岡田 崇，西山隆一，寒野 徹，東 義人，山田 仁（医仁会武

田総合） 65歳，男性。C型肝炎・アルコール性肝障害の既往と S 状結腸癌・同横行結腸再発，胃癌の手術歴。血尿で当科受診。造影 CT で右下部尿管癌と診断，後腹膜鏡下右腎尿管摘除および右骨盤リンパ節切除術施行。術後血圧低下があり，CT で右後腹膜に血腫形成，輸血にて安定。術後3日に下腹部痛と再び血圧低下があり，翌日の CT では左骨盤部に血腫形成を認めた。輸血にて安定していたが，術後10日に再び腹痛と血圧低下，造影 CT で左骨盤部の多発動脈出血を認めたため，緊急動脈造影にて左内腸骨動脈系の動脈枝2本と左第4腰動脈の3本からの出血を同定し塞栓術を行い，状態は安定した。右内腸骨動脈系にも異常を認め，右後腹膜血腫の出血源と考えられた。肝硬変による潜在性血管障害が動脈性出血の一因と考えられた。

副腎癌に対して手術を施行しネフローゼ症候群が改善した 1 例：岡村泰義，神野 雅，日向信之，村蔭基次，石村武志，三宅秀明，田中一志，藤澤正人（神戸大） 48歳，男性。2012年夏から倦怠感，労作時の息切れ，体重減少を自覚した。同年10月から下腿浮腫を認め，11月初旬に近医受診。尿蛋白陽性，低アルブミン血症を認め，腹部エコーにて左後腹膜腫瘍を疑われた。CT 施行し，左後腹膜に長径 15 cm 大の腫瘍を認めた。精査の結果，腫瘍に伴うネフローゼ症候群，サブクリニカルクッシング症候群と診断。腫瘍切除となった。腫瘍は副腎癌と診断。切除後は，蛋白尿，低アルブミン血症は改善を認め，腫瘍随伴性ネフローゼ症候群と考えられた。

下大静脈腫瘍塞栓が認められた後腹膜原発 Extraskelatal Ewing's sarcoma の 1 例：豊田信吾，橋本 士，齋藤允孝，清水信貴，南高文，山本 豊，林 泰司，辻 秀憲，野澤昌弘，吉村一宏，石井徳味，植村天受（近畿大），中居卓也（同腹部外科），北山仁士（同心臓外科） 61歳，男性。2012年9月末から右季肋部痛の訴えあり，画像検索にて肝右葉を中心とした径 20 cm 大の巨大腫瘍および下大静脈腫瘍塞栓が認められた。副腎癌，脂肪肉腫を疑い，後腹膜腫瘍切除，肝右葉切除，右腎摘出術施行。病理組織，遺伝子解析より後腹膜原発骨外性 Ewing 肉腫と診断。術後，残存腫瘍に対してパゾパニブを投与し，1カ月半後の腹部 CT にて残存腫瘍の著明な縮小が認められた。

腎周囲脂肪肉腫の 1 例：石田貴樹，角井健太，楠田雄司，山道深，中野雄造，山田裕二（県立尼崎），大橋康人（県立塚口） 57歳，男性。2012年9月に右側腹部の違和感を自覚し近医を受診。CT 検査にて右腎腫瘍を指摘され当科紹介となった。CT，MRI にて脂肪成分に乏しい 85×78×76 mm 大の境界明瞭な腫瘍を腎から突出するように認め，腎原発の腫瘍が疑われ，腎癌の診断にて開腹経腹膜腎摘除術を施行。病理組織検査にて腎外から腎を圧排する腫瘍を認め，腎実質には浸潤を認めなかった。組織型としては脱分化型脂肪肉腫の診断であり，周囲の脂肪組織には高分化型脂肪肉腫を認めた。再度，画像を検証したところ，腫瘍と腎実質の境界に腎周囲発生を疑わせる beak 状の切れ込みや，腫瘍が被膜動脈から栄養されている所見があり，これらは腎周囲発生を示唆しえる所見ではあるが，絶対的なものではなく，術前に診断することは困難であった。

巨大膀胱結石の 1 例：堀 俊太，豊島優多，高田 聡，藤本 健，大山信雄，百瀬 均（星ヶ丘厚生年金），森澤洋介（大和高田市立） 38歳，男性。2001年に右腎結石に対し ESWL 施行するも効果なく排石しないまま放置。2012年12月，下部尿路症状を自覚し，2013年1月に近医受診した。KUB で右珊瑚状結石，巨大膀胱結石を指摘され，同日精査・加療目的に当科受診した。KUB および DIP で 40 mm 大の右腎結石と 80×55 mm 大の巨大膀胱結石と診断し，膀胱切石術を施行した。摘出結石は 250 g で，成分分析では中心はリン酸カルシウム，周囲はリン酸カルシウムおよびリン酸マグネシウムアンモニウムであった。術後の尿流測定，排尿時膀胱造影で明らかな排尿障害は認めなかった。上部尿路結石が膀胱へ下降し，感染を繰り返して成長したものと考えられた。排尿障害がなくとも，膀胱結石を自然排石できず，巨大化したと考えられた症例を経験した。

尿管管囊胞内に認めた尿管癌の 1 例：福田聡子，稲垣裕介，花房隆範，井上 均，西村健作，原 恒男（市立池田） 48歳，男性。主訴は肉眼的血尿，既往歴に特記すべきことなし。肉眼的血尿にて近医受診，細胞診疑陽性であり当科紹介受診。血液検査では CEA 高値で，尿細胞診は疑陽性であった。超音波検査で，膀胱内腫瘍と，腹側

から膀胱を圧排する嚢胞性腫瘍を認め、膀胱鏡では非乳頭型有茎性腫瘍を認めた。CT, MRI 検査では膀胱腹側に嚢胞性病変があり、内部に一部充実成分がみられ、それは膀胱内腔へ突出していた。以上より尿管管嚢胞内に発生した尿管管腫を疑い、TURBTを行った。病理組織診断は腺癌であり、尿管管腫と診断、膀胱部分切除、尿管管合併切除、骨盤内リンパ節廓清術を施行した。病理組織診断は高分化型腺癌で、リンパ節転移は認めなかった。術後1年経過した現在、再発、転移を認めていない。

**膀胱原発 MALT with DLBCL の2例**：乾 秀和、池田純一、山本哲平、滝澤奈恵、三島崇生、矢西正明、地崎竜介、中川雅之、杉 素彦、木下秀文、松田公志（関西医科大学）、大澤政彦、植村芳子（同病理） 80歳代、男性。繰り返す間欠性の肉眼的血尿を主訴に受診。近医にて止血凝固2回施行されている。膀胱鏡所見では、前壁に易出血性の平坦型の発赤を認める。尿細胞診は陰性。CT, MRI では特異な所見認めず。診断目的にTUR-Bt 施行。病理診断は、免疫染色CD20+, CD79a+, CD3-, CD5- のMALT リンパ腫にDLBCLへのtransformationが加わった所見を認めた。PET, 骨髄生検でその他の転移は明らかでなく、膀胱原発悪性リンパ腫と診断。2例目は、70歳代、男性。尿細胞診は陰性。TUR-Btでの組織所見は同所見であった。DLBCLは、MALT リンパ腫の局所に見受けられることが有り、MALT リンパ腫がtransformationを起こすことが報告されている(de novo)。

**間欠自己導尿を施行中に急速な増大を認めた膀胱癌の1例**：原田二郎、高安健太、河 源（済生会野江）、桜井孝規（同病理診断）、三島崇生（関西医科大学） 72歳、女性。交通外傷に伴う膀胱直腸障害に対して自己導尿施行12日目、肉眼的血尿を認め受診。尿細胞診陰性。膀胱鏡にて明らかな腫瘍を示唆する所見なく経過観察。4カ月後に尿失禁が出現。膀胱後壁に10cm大の腫瘍を認めた。根治的膀胱全摘回腸導管造設術施行。病理診断にて尿路上皮癌 pT3b pN0、一部に扁平上皮癌への分化を示し、粘膜上皮は扁平上皮化生を示した。追加補助化学療法 GC 療法4コース施行し、術後9カ月再発なし。脊髄損傷患者では膀胱癌の最大の危険因子は長期尿路カテーテル留置であるが、間欠自己導尿は発癌の危険因子とはされていない。しかし、慢性炎症を伴うものや、臨床症状の変化を認める場合は積極的な検索が必要と考えられる。

**BCG 膀胱内注入療法後に前立腺浸潤を来たした膀胱上皮内癌の1例**：松下 慎、洪 陽子、王 聡、岡田宜之、氏家 剛、任 幹夫、辻畑正雄（大阪労災） 症例は87歳、男性。2010年、経尿道的膀胱腫瘍切除術を施行し、病理組織診断では膀胱上皮内癌(urothelial carcinoma in situ, G3, pTis)であった。術後BCG膀胱内注入療法施行した。膀胱鏡検査にて明らかな腫瘍の再発は認められなかったが、尿細胞診陽性が続いたため2012年6月に経尿道的膀胱生検と両側腎盂尿採取を施行した。病理診断で悪性所見は認められなかったため経過観察を続けた。同年7月に腰痛を契機に転移性骨腫瘍を指摘され、PET-CT 検査で前立腺と骨、肺、腫大リンパ節に集積を認めたため、経会陰的前立腺生検を施行した。病理組織診断は尿路上皮癌であり、膀胱癌前立腺浸潤と考え invasive urothelial carcinoma, pT4aN3M1 と診断した。BCG 膀胱内注入療法後に前立腺浸潤を来たした膀胱上皮内癌の1例を経験したので、若干の文献の考察を加えて報告する。

**膀胱癌手指転移の1例**：米田 傑、城 沙也佳、金城孝則、野々村大地、山本致之、野村広徳、鄭 則秀、高田晋吾、松宮清美（大阪警察）、藤岡秀樹（野崎徳洲会） 64歳、男性。膀胱癌(cT2bN0M0)の診断で膀胱全摘術を施行した(pT3bN2)。その後約2カ月で肺転移を認め、化学療法(GEM+CDDP)を2コース施行した。効果はPRであった。その後約2カ月で左環指先端に発赤、腫脹を認めた。精査にて膀胱癌の転移との診断で切断術を施行。病理結果は膀胱癌手指骨転移であった。術後創部は良好に推移したが、全身状態の悪化により手指転移の診断から約3カ月で死亡した。

**尿路上皮癌心臓転移による心タンポナーデを来たした1例**：吉井貴彦、木下佳久、山中邦人（明石市民） 70歳、男性。1993年肺癌で化学療法と放射線治療、2000年膀胱癌でTURBT(UC, G2>G3, pT1)。2006年右腎盂尿管癌で腹腔鏡下右腎尿管全摘(UC, G2>G3, pT3)の既往がある。2010年8月労作時呼吸困難を主訴に、心タンポ

ナーデを来たした。心嚢液細胞診、腫瘍マーカー、消化器系精査などで原因を特定できず特発性心嚢液貯留と診断され、42カ月の間に心タンポナーデで計9回心嚢穿刺が施行された。2012年2月10回目の心嚢穿刺で細胞診陽性となり、尿路上皮癌による心臓転移と診断された。膀胱癌の再発と左腎盂尿管癌を同時期に認めた。頻回的心嚢穿刺と心嚢チューブドレナージの局所治療のみを施行し、細胞診陽性診断後4カ月で死亡した。これまでに本邦で自験例を含め5例の報告しかない稀な症例であった。

**BCG 膀胱注入療法後の萎縮膀胱に対し、膀胱水圧拡張術および経尿道的潰瘍凝固術を施行した2例**：横山直己、宮崎 彰、寺川智章、田中浩之、井上隆朗（兵庫県立がんセンター） 症例1：66歳、男性。症例2：72歳、男性。膀胱上皮内癌に対しBCG膀胱注入療法施行中、萎縮膀胱を発生。いずれもNSAIDsや抗結核薬などの内服加療で軽快せず、1回排尿量は50cc程度まで減少、膀胱水圧拡張術および潰瘍凝固術を施行した。膀胱粘膜の影響を考慮しスプレーモードで潰瘍部を全部にわたって凝固した。術後、1回排尿量は200cc程度まで改善し、また疼痛症状の緩和を認めた。BCG膀胱注入療法後の萎縮膀胱に対しては近年膀胱水圧拡張術が広く施行されているが、拡張後潰瘍部を丹念に凝固することにより疼痛が緩和され、膀胱容量拡大に寄与すると考えられた。

**前立腺生検後に発症した前立腺膿瘍の1例**：小田晃康、酒井 豊、丸山 聡、田中宏和（加古川医療セ）、松村 勝（まつむら泌尿器科医院） 症例は49歳の男性で主訴は発熱・血圧低下。2013年1月、前医で経直腸的針生検施行。生検後に敗血症性ショックに至り、MRIにて前立腺膿瘍との診断にて当科紹介となった。同日、経尿道的前立腺膿瘍切開術施行し、術後経過は良好にてPOD13に退院に至った。前立腺膿瘍は前立腺の局所的な膿貯留で、急性前立腺炎の約2.7%が移行すると言われている。起病因には好気性グラム陰性桿菌・黄色ブドウ球菌があり、排尿障害・発熱などを呈する。診断にて経直腸的超音波検査やMRIが有用である。治療は尿閉を呈しておれば膀胱瘻などによる排尿管理、経尿道的或いは経直腸的ドレナージがあげられる。近年、ESBLなど耐性菌の増加が問題となっている。経直腸的前立腺針生検時の感染予防の抗生剤投与は、近年耐性菌の増加も報告されており、検討を要する。

**異なる経過をたどった前立腺原発神経内分泌癌(NE癌)の2症例**：壁井和也、山崎健史、香山侑弘、田中智章、川嶋秀紀、仲谷達也（大阪市大） 症例1：69歳、男性。68歳時にPSA 168ng/mlにて生検施行され前立腺癌cT3bN1M1bと診断され当院でCAB施行。1年1カ月経過時にPSA上昇はないが尿閉の訴えあり受診。NSEが110ng/mlと上昇し肝転移が出現。再生検で小細胞癌と診断された。CDDP+CPT-11療法2コース施行してNSEが7.1まで低下し腫瘍は縮小するも治療中止の希望あり診断から4カ月で死亡。症例2：68歳、男性。頸部リンパ節腫脹を自覚して生検施行。結果は腺癌でFDG-PETにて前立腺に異常集積を認めたため当科紹介、NSEは正常範囲だが前立腺生検で小細胞癌(cT3bN1M1a)と診断。CDDP+CPT-11療法2コース施行してリンパ節は著明に縮小し10カ月経過した現在もCRを維持。

**去勢抵抗性前立腺癌肺転移に対してドセタキセル(DTX)が奏効した1例**：熱田 雄、後藤裕文、高尾典恭、瀧 洋二、竹内秀雄（公立豊岡） 67歳、男性。恥骨後式根治的前立腺全摘(pT3aN0M0, gleason score 3+4=7, 初診時PSA 12.1)後、生化学的再発を来たし救済放射線療法、内分泌療法を施行するがその後もPSAは徐々に上昇を続け、8.24ng/mlとなった。同時期のCTにて多発肺腫瘍を指摘され、確定診断のため経気管肺支生検を施行した。PSA免疫染色にて陽性を示し前立腺肺転移と診断。DTXを開始し、4コース終了後、肺転移は著明に縮小しPSAも0.26ng/mlまで低下した。DTXは国内II相試験で肺病変に62.5%と高い有効率が報告されており、去勢抵抗性前立腺癌肺転移症例はDTXの良い適応であると思われた。

**若年性前立腺癌の1例**：相馬隆人（相馬）、岡本英一（同病理） 44歳、男性。2012年12月ごろより排尿困難、排尿疼痛を認めた。2013年1月より症状悪化したため当科受診。エコー、MRIにて膀胱頸部に浸潤する前立腺腫瘍を指摘。血清PSA 44ng/mlと高値を認めた。前立腺生検で低分化型前立腺癌と診断。CTでリンパ節転移、骨シン

チグラフィーで多発性骨転移を認めステージは D2 であった。生検後、排尿障害が急速に進行したため、確定診断のついた直後から、GnRH アンタゴニストとピカルタミドを用いた複合アンドロゲン阻害療法 (CAB 療法) を開始。治療開始後早期より症状の軽快をみた。5 月現在血清 PSA 1.45 ng/ml と下降し、外来にて治療継続中である。有症状を伴う進行性前立腺癌において、GnRH アンタゴニストと抗アンドロゲン剤を用いた CAB 療法は有効と考えられた。

**精索脂肪肉腫の 1 例**：谷口 歩，中川勝弘，岩西利親，岸本 望，松崎恭介，谷川 剛，今村亮一，細見昌弘，山口誓司 (大阪急性期医療セ)，島津宏樹，伏見博彰 (同病理) 67 歳，男性。2011 年から右陰囊内容の腫大を自覚し、徐々に増大するため当科受診。可動性を有する弾性硬な無痛性腫瘍を触知した。超音波検査では内部不均一・表面不整な充実性腫瘍を認めた。MRI では T1, T2 強調像でともに高信号な 70×45 mm 大の腫瘍を認め、多房性であったため、左精索脂肪肉腫を疑い、左高位精巣摘除術を施行した。病理組織検査では軽度の異形を示す腫瘍性脂肪細胞を認め、高分化型精索脂肪肉腫との診断であった。追加治療は施行せず術後13カ月経過しているが、再発の兆候を認めていない。

**精巣セルトリ細胞腫の 1 例**：川村正隆，中澤成晃，上田倫央，平井利明，岸川英史，西村憲二 (県立西宮) 33 歳，男性。肉眼的血尿と発熱を主訴に受診。精巣に小指頭大の腫瘍を触知したため、精査・加療目的で入院となった。血液検査所見では白血球と炎症反応の上昇を認め、腫瘍マーカーは LDH, HCG-β は正常範囲内であったが、AFP が軽度高値であった。超音波検査で左精巣内に低エコー腫瘍を認め、造影 CT 検査にて造影効果のある腫瘍を認めた。左精巣腫瘍の診断で左高位精巣摘除術を施行した。病理組織像では、腫瘍細胞が索状、管腔形成性に増殖していた。脈管浸潤、核異型などは認めず、良性精巣セルトリ細胞腫と診断した。術後 6 カ月経過した現在、再発・転移は

認めていない。1991 年以降に報告例のあった 44 施設に対するアンケート調査を実施し、若干の文献的考察を加えて報告する。

**Diffuse large B-cell lymphoma の 3 例**：田中幹人，山崎隆文，武市佳純 (三木市民)，山中和樹 (やまなか腎泌尿器科クリニック) 症例 1：69 歳，男性。14 cm 大の左陰嚢腫大を主訴に当科受診した。高位精巣摘除術施行し、DLBCL の診断。切除断端悪性，CT にて両側副腎転移を認めたが、R-CHOP 療法で CR となった。症例 2：87 歳，女性。肉眼的血尿を主訴に 4 月に当科受診し膀胱鏡と CT にて浸潤性膀胱癌と診断した。生検の結果、膀胱原発 DLBCL の診断。翌年 2 月に他界した。症例 3：86 歳，男性。10 月に全身倦怠感などを主訴に CT 施行し、骨盤内腫瘍による両側水腎症を認めた。生検の結果、骨盤内原発 DLBCL の診断。翌年 2 月に他界した。DLBCL に対する抗癌剤加療は、高齢者に対しても適応となる可能性が十分にある。腫瘍体積が大きい場合や有転移例でも、根治の可能性があると考えられた。

**精巣原発悪性リンパ腫の 4 例**：松村直紀，杉本公一，能勢和宏，西岡 伯 (近畿大塚)，清水信貴，南 高文，山本 豊，林 泰司，辻秀憲，野澤昌弘，吉村一宏，石井徳味，植村天受 (近畿大) [目的] 全精巣腫瘍の中で比較的稀な精巣原発悪性リンパ腫について検討を行った。[方法] 近畿大学医学部堺病院ならびに近畿大学医学部附属病院で治療を施行した精巣原発悪性リンパ腫の 4 例を対象とした。[結果] 平均年齢は 76 歳，患側は右：2 例，左：2 例であった。病理結果は全例 diffuse large B-cell lymphoma であった。Ann Arbor 分類を用いた病期分類では I-EA：4 例であった。International prognosis index (IPI) を用いた予後指数では low risk：4 例であった。術後化学療法は 1 例を除いて施行した。再発は 1 例に認めるも癌特異的死亡は認めなかった。[考察] 高齢者に発症する精巣原発悪性リンパ腫は、自験例では良好な治療成績となった。