

学会抄録

第228回日本泌尿器科学会関西地方会

(2015年1月31日(土), 於 東大寺総合文化センター)

貧血を契機に発見された腎癌小腸転移の1例: 金光俊行, 種田建史, 林 哲也, 藤本宜正, 小出卓生 (JCHO 大阪), 赤丸祐介, 樋渡勝平 (同外科), 春日井 務 (同病理) 62歳, 男性. 2014年1月, 腎癌に対し根治的右腎摘除術施行 (淡明細胞癌, G2 > G3, pT3aN0M0). 2014年6月頃よりふらつき症状が出現しHb 3.4と著明な貧血を認め緊急入院. 上部内視鏡検査では異常なかったが腹部CTで小腸に造影効果のある6cm大の腫瘤を確認. 小腸腫瘍による腸管内出血と診断し小腸部分切除術施行. 病理検査で淡明細胞癌を認め, 腎癌の小腸転移と診断. 術後に肺, 肝転移が出現したため pazopanib を開始. 投薬4カ月経過しSDである. 一般的に腎癌小腸転移の報告は少ないものの, 剖検の報告では決して稀ではないことより自験例のように腹部症状に乏しい貧血を認める場合には小腸転移も念頭に置くことが必要と思われる.

腎癌術後20年目に胆嚢転移を来した1例: 草場拓人, 長船 崇 (宇治徳洲会), 金児 潔 (同外科) 61歳, 女性. 1995年1月に右腎癌に対して根治的右腎摘除術施行. pT2N0M0 stage II, 病理は淡明細胞癌であった. その後再発なく経過していたが, 2014年6月のフォロアップ目的の腹部造影CT検査にて胆嚢頸部に強い造影効果を示す18mm大の腫瘍性病変を指摘された. 当院外科にて腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行. 周囲組織への浸潤は認めず, 摘出標本では胆嚢頸部にポリープ状の腫瘤を認めた. 病理組織診断は淡明細胞癌, grade 2>1, 腎摘出時の病理所見と比較して腎癌の胆嚢転移として矛盾のないものであった. 術後6カ月を経過した現時点で新たな再発や転移は認めていない.

副腎クリーゼを発症した腎癌の1例: 石田貴樹, 岡村泰義, 奥野優人, 田口 功, 岡本雅之, 川端 岳 (関西労災) 62歳, 男性. 2007年9月に膀胱タンポナーデを認め受診. 左腎癌に対して根治的腎摘除術を施行. 淡明細胞癌 pT3aN0M0 に対してインターフェロンから治療開始されたが, 両側副腎, 肺, 腹膜転移認め, その後種々の分子標的薬により治療された. 2014年7月からパゾパニブを導入した. 倦怠感, 食思不振認め day 8 に投与終了. 全身状態改善目的に day 25 にステロイド補充療法を施行した後高K血症を認め, 迅速 ACTH 負荷試験にて副腎クリーゼと診断した.

分子標的薬が腎癌副鼻腔転移による視力障害に対して著効した1例: 脇田直人, 松下 経, 石村武志, 村蔭次, 三宅秀明, 田中一志, 藤澤正人 (神戸大) 57歳, 男性. 2004年7月に腎癌に対して根治的右腎摘除術施行 (RCC, clear cell, pT1b). 2014年1月に右視力障害を認め当院眼科受診. MRIにて篩骨洞に45mm大の右視神経を圧迫する腫瘍を認めた. 経鼻内視鏡下生検の結果, 淡明細胞癌であり腎癌副鼻腔転移と診断した. その後当科にて sunitinib 投与を開始し, 2週間後には右視力の明らかな改善を認めた. 現在外来にて sunitinib 投与を継続しており, 症状の増悪なく経過している. 腎癌副鼻腔転移は, 腎癌の頭頸部領域への転移部位としては最も多く, 主に鼻出血を主訴に発見されることが多い. 治療法は, 分子標的薬, 外科的切除, 放射線療法, 動脈塞栓術の中から発症部位や臨床症状に応じて選択すべきである.

術後16年目に肋骨転移を認めた腎細胞癌の1例: 谷口 歩, 高尾徹也, 山道 岳, 大草卓也, 岸本 望, 谷川 剛, 薦原宏一, 山口誓司 (大阪急性期医療セ), 島津宏樹, 伏見博彰 (同病理), 松浦記大, 船越康信, 大森謙一 (同呼吸器外科), 月川 真 (月川クリニック) 71歳, 男性. 55歳時に右腎腫瘍に対して根治的右腎摘除術を施行. 組織型は腎細胞癌, alveolar type, G2>G1, pT2であった. 術後11年目まで経過観察したが再発を認めなかった. 術後16年目に胸部絞扼感を認め, 精査目的に撮影したCTで左第4肋骨転移を指摘された. 左胸壁腫瘍切除術, 左第3~5肋骨部分切除術, 胸壁再建術を施行した. 摘除標本は淡明細胞癌を認め, 腎細胞癌の転移と診断した. 追加治療

は施行せず6カ月経過しているが, 再発の兆候を認めていない.

診断に苦慮した乳頭状腎細胞癌の1例: 齋藤友充子, 堀田俊介, 平山きふ, 竹内一郎, 稲垣哲典, 中ノ内恒如, 三神一哉 (京都第1日赤), 伊達成基 (長浜湖北) 症例は68歳, 男性. 静脈腫瘍栓を伴う腎実質病変の精査目的に当院受診. CTで左腎盂尿管から腎実質内に連続する腫瘍状の低吸収域と腎盂尿管の壁肥厚および腎静脈内腫瘍栓を認めた. 尿管鏡検査を試みるもBPHのため挿入不可であり, 逆行性尿路造影では腎盂腎杯に陰影欠損は認めず, 分腎尿細胞診はclass IIであった. 浸潤性腎盂癌, 腎細胞癌が考えられたが画像上鑑別困難であった. 診断確定のため針生検を施行. 結果, 臨床診断は淡明細胞癌であり, 左腎摘除術を施行した. 摘出標本の病理診断は副腎転移を伴う乳頭状腎細胞癌 type 2であった. 術後6カ月で微小肺転移を認め, 現在分子標的薬で治療中である. 画像診断に難渋する症例に対しては生検を前向きに検討する意義があると思われる.

若年女性に発症した Mixed epithelial and stromal tumor (MEST) の1例: 雷山栄輔, 岡田紘一, 稲垣裕介, 中山治郎, 今津哲央, 三宅修 (市立豊中), 田村裕美, 足立史朗 (同病理診断) 29歳, 女性. 前医で施行されたエコーで左腎腫瘍を指摘され, 当科紹介. CT, MRIでは左腎下極に, 不整な造影効果を示す充実成分と, 多数の嚢胞成分を伴う7cm大の腫瘍を認めた. 嚢胞性腎癌の可能性を否定できず, 助手補助腹腔鏡下左腎部分切除術を施行. 組織学的には上皮成分と間質成分からなる混合性腫瘍で, 悪性所見を認めなかった. 免疫染色では間質成分がエストロゲンおよびプロゲステロン受容体に対し陽性を示し, mixed epithelial and stromal tumor (MEST) と診断した. MESTは発生に女性ホルモンの関与が示唆されている, 稀な腎良性腫瘍である. 画像上, 嚢胞性腎癌との鑑別は困難で, ほとんどの症例で外科的切除が施行されている. 自験例は本邦30例目であると思われる.

エストロゲン剤による前立腺癌内分泌療法中に発生した男性乳癌の1例: 大饗政嗣, 奥村悦久, 白石裕介, 宗田 武, 金丸洋史 (北野) 77歳, 男性. 1997年(60歳時)前立腺癌に対し根治的前立腺全摘除術施行. 病理は adenoca. GS 4+3, pT2cN0M0 であった. 2年後PSA再発を来しCAB療法開始. その後局所再発を認め去勢抵抗性となり2009年9月よりエチニルエストラジオール1mg/dayを開始. 2013年2月右乳房の腫瘍に対し乳房切除術施行. 病理結果は腺癌で, 免疫染色ではエストロゲンレセプター陽性, PSA陰性であったため原発性乳癌と診断された. 以後乳癌再発・切除を繰り返し, 前立腺癌も病勢の悪化を認めたため2014年9月エチニルエストラジオールを中止. その後乳癌の再発は認めていない. 男性乳癌は非常に稀な疾患であり, 自験例ではエストロゲン剤が乳癌の発生および再発に寄与していた可能性が示唆された.

CRPC に対しエンザルタミド, アビラテロン投与後に重篤な血小板減少を来した1例: 菊池 堯, 畑中祐二, 今西正昭 (済生会富田林) 74歳, 男性. 慢性心房細動, 僧帽弁形成術の既往歴あり. 2013年11月に排尿困難を主訴に当科受診. 直腸診にて石様硬, PSA 181 ng/ml, 骨シンチグラフィにて骨転移を認めた. MABを開始するも8カ月でPSA failuerとなり, ドセタキセルを投与するも全身倦怠感強く, エンザルタミドへ変更. 2週で紫斑が出現し休薬後, アビラテロンへ変更. 2週間後血小板1.7万と著明な血小板減少を認め, アビラテロンを中止. 血小板減少の改善を認め, エンザルタミドを減量して投与開始. 現在副作用症状なく投薬を継続している.

若年性前立腺癌の1例: 高見昌義, 中井 靖, 福井真二, 井上剛志, 影林頼明, 三馬省二 (奈良県総合医療セ), 後藤大輔 (平尾) 33歳, 男性. 若年性脱毛症に対して他院でフィナステリドを処方され, その際測定されたPSAが5.3 ng/mlであった. 5カ月後の再検

で6.9 ng/mlであり、前医で前立腺生検を施行された。前立腺癌の診断で、手術目的に当院へ紹介された。家族歴に特記事項なし。直腸診では前立腺はクルミ大、軟で硬結は触知しなかった。術前のMRI検査では前立腺内に明らかな癌を疑う所見は認められず、骨やリンパ節転移所見も認められなかった。生検病理組織では12本中1本、右葉から癌が検出された。腺管の癒合を認めない腺癌を認め、gleason scoreは3+3であった。前立腺癌(cT1cN0M0)の診断でロボット支援下前立腺全摘術を行った。現在術後4カ月が経過したが、PSA 0.054 ng/mlと再発なく経過し、尿失禁なく勃起機能も温存されている。

若年性前立腺癌の1例：辻村 剛，堀井沙也佳，野々村大地，山本致之，野村広徳，吉岡 巖，高田晋吾（大阪警察），辻本正彦（同病理），伊夫貴直和（大阪医大），藤岡秀樹（協立温泉） 43歳，男性。排尿障害があるため、前医受診。PSA：10.7 ng/mlで前医にて前立腺生検施行し、前立腺癌（Gleason score：4+5）と診断され、当科紹介。画像検査にて多発骨転移を認め、cT3aN0M1bと診断し、GAB療法開始。PSA低下認めるも、多発骨転移出現。前立腺再生検では、神経内分泌分化を疑われたため、EP療法（CDDP+VP-16）1コース施行するも、多臓器転移出現し、本人希望によりbest supportive careとなった。前立腺癌診断後15カ月後に、癌死した。若年性前立腺癌は稀で自験例で本邦48例目となる。急激な転移をとった若年性前立腺癌の1例を経験した。

前立腺癌によるPulmonary tumor thrombotic microangiopathy (PTTM)の1例：初鹿野俊輔，橋村正哉，藤本 健，岩井哲郎（岡波総合），明山達哉（あきやま泌尿器科病院） 81歳，男性。2011年2月から前立腺癌（PSA 53 ng/ml，GS 4+4，cT3bN1M1b：右閉鎖LN，恥骨転移）に対してホルモン療法を施行。CRPCとなるも高齢であり化学療法は施行せず。2013年12月軽度の労作時呼吸困難を訴え受診。血小板の低下，D-dimer・FDPの高値を認め、肺塞栓症を疑うも、dynamic CTでは肺塞栓を同定されず。UCGでは高度の肺高血圧を認め、DICによる肺微小塞栓・肺高血圧として治療するも、急速に状態悪化し7日後に死亡した。剖検で肺小動脈の腫瘍塞栓および血管内膜の線維性肥厚を広範に認め、PTTMと診断された。

腹腔鏡補助下に摘出した巨大精液瘤の1例：松永知久，辻野拓也，前之園良一，吉川勇希，高井朋聡，齋藤賢吉，内本泰三，反田直希，南 幸一郎，高原 健，平野 一，稲元輝生，能見勇人，木山 賢，東 治人（大阪医大） 38歳，男性。右鼠径部腫瘍を自覚し近医受診。CTで下大静脈から陰嚢内までの腫瘍を認め当院へ紹介受診。PETで異常集積なく、MRIでは臍レベルの下大静脈と腸腰筋の間から右腸腰筋腹側・右鼠径管を通り右陰嚢内に連続する20 cmの嚢胞性腫瘍を認め、T1WIで均一な高信号，T2WIで水より低信号であった。右精巣は正常に同定され、後腹膜粘液嚢腫・リンパ管腫など良性疾患を疑った。増大したため、腹腔鏡下後腹膜嚢腫摘除術を施行。病理診断は精液瘤で悪性所見は認めず。本症例では右鼠径ヘルニアの既往があり、右鼠径管の脆弱性のため精液瘤が後腹膜腔に伸展したと考えられた。後腹膜腔の精液瘤症例は非常に稀であるため報告した。

無月経を主訴としたLeydig cell aplasiaの1例：嶋谷公宏，兼松明弘，長澤誠司，山田祐介，橋本貴彦，東郷容和，鈴木 透，呉 秀賢，野島道生，山本新吾（兵庫医大），井上佳代，柴原浩章（同婦人科），玉置知子，覚道真理子，佐藤智佳（同臨床遺伝），造住誠孝，羽尾裕之，廣田誠一（同病院病理） 10歳代後半，女性。無月経を主訴に近医産婦人科を受診。染色体46XY。外陰部はほぼ正常女性型だが膣は盲端で、経直腸超音波およびMRIにて子宮・卵巣を認めず。性分化疾患疑いで当院紹介。LH高値でTとE2は低値であった。Leydig cell aplasiaの臨床診断のもと手術施行。腹腔鏡で子宮・卵管を認めず、両側鼠径部の性腺を摘出して上記診断を病理学的に確認した。

シルバーラッセル症候群に発生した精巣腫瘍，精巣捻転の1例：船田 哲，池内亮介，吉田 徹，清川岳彦（京都市立） 36歳，男性。生下時にシルバーラッセル症候群と診断。左精巣痛を主訴に当科受診。US，MRIで左精巣腫瘍，左精巣捻転，右停留精巣の診断で、左高位精巣摘除術，右精巣固定術を施行した。病理結果にて、HE染色で広範な壊死を伴う、一部N/C比の高い細胞を認め、免疫染色にてセミノーマの診断となった。シルバーラッセル症候群は低身長、骨格

左右非対称などを特徴とする先天奇形症候群であり、泌尿器科領域では停留精巣や尿道下裂が見られる。これまでシルバーラッセル症候群と精巣腫瘍の報告は1例のみである。シルバーラッセル症候群と精巣腫瘍について、また精巣腫瘍と精巣捻転について考察した。

骨盤内に発生した神経鞘腫の2例：松下 慎，福田聡子，井上均，西村健作，原 恒夫（市立池田） [症例1] 67歳，男性。背部痛精査目的のCTで膀胱後部，直腸右側に5 cmの境界明瞭で不均一な造影効果を伴う腫瘍を認めた。PET-CTでSUV max 2.8の淡い集積を認め、骨盤内の良性非臓器性腫瘍が疑われた。腫瘍摘出術を施行し病理診断は良性神経鞘腫であった。[症例2] 65歳，男性。左側腹部痛精査目的のCTで膀胱後部に右精囊，直腸と接するように境界不明瞭で造影効果を伴う4 cmの腫瘍を認めた。PET-CTでSUV max 4.6の強い集積を認め、精囊癌や骨盤内の悪性非臓器性腫瘍が疑われた。確定診断目的で経直腸的腫瘍生検を施行し、神経鞘腫と診断した。同時に前立腺からGS 4+4の腺癌を検出したため、骨盤内腫瘍摘出術と前立腺全摘除術を同時に施行した。骨盤内腫瘍の病理診断は良性神経鞘腫であった。[結語] 画像診断が困難な骨盤内膀胱後部の神経鞘腫には経直腸的生検が有用であった。

前立腺癌に対する高線量率組織内照射後に壊死性筋膜炎を来した1例：山下真平，吉川和朗，井口孝司，小池宏幸，楠本浩貴，射場昭典，児玉芳季，松村永秀，柑本康夫，原 勲（和歌山医大），小倉秀章（向陽） 77歳，男性。前立腺癌cT1cN0M0に対する高線量率組織内照射（HDR）後2年目に壊死組織による前立腺尿道閉塞を来したためTURを施行。術後5カ月目に鼠径部から両側大腿に及ぶ壊死性筋膜炎を発症したが、切開排膿，デブリドマンに加え、迅速な尿路変向や創傷治療の工夫により治癒が得られた。HDRの選択や方法に問題はなかったが、一部尿道に著明な高線量分布を示す領域があったことが尿道閉塞の一因であり、同部位を膜様部までTURを行ったことにより尿路穿破を来したと考えられた。放射線治療による尿道壊死を来した場合は、組織再生が不良であるため、尿路変向のタイミングを逸しないことが重要であると考えられた。

局在診断にPDG-PETが有用であった¹²³I-MIBGシンチグラフィ陰性褐色細胞腫の1例：植村俊彦，伊藤克弘，上戸 賢，加藤敬司，植月祐次，川西博晃，奥村和弘（天理よろづ相談所），飯塚直男，北谷真子，辻井 悟（同内分泌内科） 40歳代，女性。腹痛精査目的のCTにて下大静脈背側に40 mm大の充実性腫瘍と、その尾側に長径13 mmの低濃度腫瘍を認めた。内分泌機能検査では血中アドレナリン，尿中アドレナリン，尿中メタネフリンが高値であり、大きい方の腫瘍についてはMRIT2強調画像で高信号を呈したことから褐色細胞腫と診断した。機能的評価と全身検索のためMIBGシンチを施行したが、副腎を含め異常集積を認めなかった。一方、FDG-PETでは大きい方の右副腎腫瘍に有意集積を認め、褐色細胞腫に矛盾しないと考え、腹腔鏡下右副腎摘除術を施行した。褐色細胞腫の中にはMIBGが取り込まれないものもあり、MIBG陰性例ではFDGの併用が局在診断に有用と考えられる。

二次化学療法が良好な効果を示した前立腺小細胞癌の1例：高島靖，根来宏光，岡田能幸，柴崎 昇，小林 恭，寺田直樹，山 俊成，松井喜之，井上貴博，神波大己，小川 修（京都大） 77歳，男性。前立腺癌cT3bN1M1bに対して内分泌療法中に直腸を圧排する腫瘍と多発肝転移が出現。PSAは再燃なきもNSEは高値を示した。直腸病変の生検を施行。前立腺小細胞癌と診断。エトポシドとカルボプラチンによる化学療法4コースを施行した。化学療法開始後速やかにNSEの低下，直腸病変の縮小を認めた。直腸病変に対して局所放射線療法を併用した。化学療法終了約3カ月後にNSEの再上昇，肝転移病変の増大あり、病勢再燃と判断。アムルピシンによる二次化学療法を施行した。二次化学療法施行後速やかにNSEの低下，肝転移病変の縮小を認めた。病勢再燃後、約8カ月の病勢安定を得ている。

精索原発IgG4関連炎症性偽腫瘍の1例：梁 英敏，日向信之，村蒔次，田中一志，三宅秀明，藤澤正人（神戸大） 79歳，男性。左鼠径部の腫瘍を主訴に前医受診。精査目的のMRIで4×2×5 cm大の左精索腫瘍を発見され当科紹介受診。悪性腫瘍を疑い種々の腫瘍マーカーを提出するがすべて陰性。全身CTも施行されたが他に明らかな病変を認めず。悪性腫瘍の可能性を否定できず左高位精巣摘除術

を施行した。病理では腫瘍と一致して著明な線維化と形質細胞浸潤を認めており、抗 IgG4 モノクローナル抗体染色では IgG4 陽性形質細胞の増加と IgG4/IgG 比の上昇を認めており、IgG4 関連炎症性偽腫瘍と診断された。術後血清 IgG4 を測定したところ軽度高値を認めため、免疫内科と共同で全身検索を改めて追加したが他に明らかな所見を認めず、無治療で画像フォローにて経過観察を行っている。

自然経過を追跡しえた、診断・治療に難渋した尿管憩室内結石の 1 例：土橋一成、牧野雄樹、江村正博、清水洋祐、金丸聡淳、伊藤哲之（西神戸医療セ） 60 歳代、男性。左水腎症を伴う尿管結石に対し TUL を施行したが周囲の浮腫が強く難渋した。内視鏡および RP 所見から尿管憩室内結石と診断した。4 年前の CT に遡ると同部位に小石灰化を認め、CT 後 KUB で多発尿管憩室を認めていた事から、もともとあった憩室内結石が増大し周囲の浮腫が生じたために通過障害を呈したものと推測された。文献上憩室内結石では憩室部分切除が選択されることが多く、ESWL や TUL 単独では治療が困難な可能性がある。多発尿管憩室を有する患者に尿管結石を合併した場合には、憩室内結石の可能性も念頭に置いて慎重に治療方針を検討すべきと考えられた。

Fournier 壊疽との鑑別に難渋した陰茎壊疽性膿皮症の 1 例：田口真、井上貴昭、林知行、西田久、川端和史、川喜多繁誠、六車光英、室田卓之（関西医大滝井） 54 歳、男性。1 カ月前より亀頭部の発赤、腫脹を自覚。その後疼痛・発熱を伴ってきたため当科受診。初診時 39°C の発熱があり、亀頭部は発赤しており一部自壊・排膿を認め、血液検査にて WBC 20,000/μl、CRP 19.147 mg/dl と高値を認め、亀頭部の膿瘍から腸球菌を検出したため Fournier 壊疽と診断し、広域抗菌薬の投与を行うも改善を認めなかったため、陰茎部分切除術を施行。しかし術後も発熱が持続し、炎症反応も改善なし。また、臍下・右踵部・背部にも新たな膿瘍病変が出現。再度膿瘍を細菌検査すると細菌陰性であったため、壊疽性膿皮症と診断し、プレドニゾン内服を開始。翌日より解熱し、炎症反応も改善し、創部も徐々に上皮化した。

腫瘍マーカー陰性であった後腹膜原発胚細胞腫の 1 例：西川徳彰、山崎健史、岡村太裕、井口太郎、玉田聡、仲谷達也（大阪市大） 33 歳、男性。2014 年 7 月、右下腹部痛、背部痛を主訴に近医受診。腹部造影 CT にて大動脈左側、下大静脈前面に 47×52×70 mm の腫瘍性病変を指摘、2014 年 8 月、当院紹介受診。胚細胞腫を疑うも LDH、AFP、hCG 上昇なく、腫瘍マーカーは陰性。2014 年 10 月、腹腔鏡下後腹膜腫瘍摘除術を施行した。病理結果は成熟奇形種および胎児性癌であり、後腹膜原発混合型胚細胞腫、stage IIB と診断した。術後化学療法として、BEP 療法を 3 コース施行した。

IVC 背側に発生した巨大褐色細胞腫の 1 例：羽阪友宏、西原千香子、仁田有次郎、浅井利大、石井啓一、上川禎則、金卓、坂本亘、杉本俊門（大阪市総セ） 49 歳、男性。頭痛を主訴に来院。来院時収縮期血圧 200 mmHg 以上。単純 CT にて、横隔膜直下かつ IVC 背側に 80 mm 大の右副腎腫瘍を認めた。内分泌学的機能検査と ¹²³I-MIBG シンチグラフィにて、褐色細胞腫と診断。画像上、腫瘍は IVC、横隔膜、肝、右腎動脈と接していた。それぞれの合併切除を要す可能性を想定し、外科、心臓血管外科、麻酔科、臨床工学技士、看護師と術前カンファレンスを行った。経胸経腹到達法にて、右副腎腫瘍摘出術を施行した。隣接臓器はすべて温存でき、手術時間は 244 分、出血量は 255 ml、術中・術後合併症は右下葉無気肺のみであった。術前診断で良悪性の鑑別が困難である褐色細胞腫では、他科・他職種連携による綿密な術前計画が重要であると考えられた。

生体腎移植後の巣状糸球体硬化症再発に対し集学的治療が奏功した 1 例：大草卓也、葛原宏一、山道岳、谷口歩、岸本望、谷川剛、高尾徹也、山口誓司（大阪急性期医療セ）、橋本展洋、林晃正（同腎臓内科） 44 歳、女性。2014 年 9 月妹をドナーとする血液型適合生体腎移植術を施行。移植直後より排尿をえられ、腎機能は改善した。しかし術後 2 日目に 19 g/日の蛋白尿を認め、原疾患である巣状糸球体硬化症の再発と診断した。そのため、血液型適合生体腎移植の免疫抑制剤プロトコルに加え、術後 3 日より血漿交換を施行した。術 6 日目には、一日尿蛋白量は 4 g まで低下し、術後 7 日目にリツキシマブを投与、術後 14 日目にステロイドパルスを施行し、術 19 日目に

は LDL アフェレーシスへと変更した。術後 35 日目は一日尿蛋白量は 500 mg まで低下し、術 41 日目に退院となるまで、尿蛋白量の増加は認めず、腎機能の増悪も認めなかった。

アビラテロン投与にて重篤な低カリウム血症を起こした 2 例：明石泰典、橋本士、西野安紀、安富正悟、大關孝之、齋藤允孝、清水信貴、山本豊、南高文、野澤昌弘、能勢和宏、吉村一宏、植村天受（近畿大） 症例 1：71 歳、男性。CRPC に対してアビラテロン投与開始。投与 2 週間後より痙攣発作出現。精査にてアビラテロンに由来した低カリウム血症、副腎クリーゼと診断。症例 2：68 歳、男性。アビラテロン投与開始。投与 2 週間後より高度の脱力感、四肢の痺れが出現。アビラテロンに由来した低カリウム血症と診断。2 例ともアビラテロン、ループ利尿剤の中止、ステロイド補充にて改善が認められた。アビラテロン投与前の長期間のステロイド、ループ利尿薬服用が、肉因性のコルチゾールの慢性的な低下、カリウムの喪失を引き起こしたことが原因であったと考えられた。

陰茎肉腫様扁平上皮癌の 1 例：山本与毅、中山純一、尾張拓也、中濱智則、豊島優多、高田聡、松本吉弘、百瀬均（星ヶ丘医療セ）、堀俊太（奈良医大）、大山信雄（西和医療セ） 70 歳、男性。2014 年陰茎の無痛性腫瘍を自覚し近医受診。陰茎癌が疑われ当科紹介受診。組織診断目的に生検を施行、病理診断は平滑筋肉腫であった。画像上転移を疑う所見を認めず、陰茎全切除術を施行。手術標本での病理診断は肉腫様扁平上皮癌であった。術後早期に左鼠径リンパ節の腫大を認め、切除試みるも不可。同時期に肺転移も疑われ肉腫に準じた全身化学療法を行うも効果乏しく、癌性胸膜炎により死亡した。肉腫様扁平上皮癌は自験例を含め 36 例報告されており、高悪性度の腫瘍であり予後不良とされている。生検時に肉腫の診断であった報告も散見される。現時点では治療方法が確立されておらず、手術術式・化学療法に関する治療方法の確立が望まれる。

進行性尿管管癌に対し集学的治療を施行した 1 例：岩西利親、石津谷祐、山口唯一郎、中井康友、中山雅志、垣本健一、西村和郎（大阪成人病セ） 35 歳、男性。尿管管癌の診断にて前医で膀胱部分切除術を施行。術後 15 カ月で肺転移、肝転移を疑われ当科紹介。尿管管癌の転移と診断し化学療法を開始。化学療法後に肺病変は CR となったため肝転移巣に対して RFA を施行し治療を終了した。治療終了後 2 カ月で肺病変の再発を認め、化学療法を再開したが PD となり、遠隔転移を認めてから 52 カ月目に BSC の方針となった。治療終了後 6 カ月間症状なく経過している。本症例では肝転移が単発であり、RFA を施行したことが長期生存につながった可能性があるのではないかと考えられた。

大腸憩室穿孔を合併し治療戦略の決定に苦慮した小児 MEN2B の 1 例：関井洋輔、氏家剛、永原啓、藤田和利、角田洋一、河嶋厚成、阿部豊文、福原慎一郎、木内寛、植村元秀、今村亮一、宮川康、野々村祝夫（大阪大）、中山尋文、難波範行（同小児科）、大割貢、出口幸一（同小児外科） 12 歳、女児。家族歴に父は脳出血、父方祖母は甲状腺摘除後、7 歳時より下痢が断続的に持続し、大腸憩室を指摘。12 歳時に発熱、腹痛を伴い、大腸憩室穿孔による後腹膜膿瘍と診断。特異的顔貌、Marfan 様体型から遺伝子検査を施行し MEN2B と診断。後腹膜膿瘍に対し CT ガイド下ドレナージ術を施行。排膿が持続し、手術加療が必要と考えた。両側副腎褐色細胞腫、甲状腺線様癌、頸部リンパ節転移も同時期に指摘。腹腔鏡下両側副腎全摘除、人工肛門造設術の後、甲状腺全摘、頸部リンパ節郭清術を施行。術後 4 カ月、再発、転移を認めず。若干の文献的考察を加えて報告した。

小腸腫瘍からの出血を契機に発見され、絨毛癌症候群を呈した精巣腫瘍の 1 例：迫智之、中西弘之、多賀英人、大石正勝、上田崇、中村晃和、本郷文弥、鴨井和実、三木恒治（京都府立医大）、兼光紀幸（洛和会丸太町） 38 歳、男性。主訴ふらつき、タール便、貧血を認め緊急入院。CT にて両側多発肺腫瘍、右精巣腫瘍、空腸出血。小腸内視鏡にて、出血源は絨毛癌小腸転移。HCG 88,000 IU/l と高値であり、精巣腫瘍 stage IIIC、IGCCC：poor risk。小腸切除・高位精巣摘除術を先行して実施。術後 3 日目に絨毛癌症候群を発症。ICU 入室後、人工呼吸器管理下で低用量 EP 療法を開始。化学療法開始後、呼吸状態は急速に改善し day 17 より VIP 療法を開始、4 コース施行

後 TIN 療法に変更し現在も化学療法継続中。絨毛癌症候群発症後あるいは発症が懸念される場合、抗癌剤減量での化学療法開始が妥当であると考えられた。

腎摘除術後対側腎再発に対し無阻血腎部分切除術を施行した腎細胞癌の1例：岩本崇史，穴井 智，森澤洋介，桑田真臣，三宅牧人，田中宣道，藤本清秀（奈良県立医大），近藤秀明，永吉純一，原本順規（高井病院） 77歳，男性。左腎細胞癌に対する根治的左腎摘除後に右側に多発腎細胞癌を認めため当科受診。精査の結果対側再発腎細胞癌（cT1aN0M0）と診断。スニチニブ（16週）とアキシチニブ（28週）の術前治療により腫瘍径の31%の縮小を認め、開腹無阻血腎部分切除術を施行。病理診断は乳頭状腎細胞癌 type 1 であった。術後腎機能低下は最小限に留まり、透析も施行せず腎温存が可能であった。術前治療として分子標的薬の使用は一定の効果が報告されているが、今後、臨床試験が進むにつれ、術前治療としての分子標的薬の最適化が期待される。

後腹膜 Ewing 肉腫の1例：神野 雅，鈴木光太郎，原口貴裕，田中浩之，井上隆朗（兵庫県立がんセンター） 45歳，男性。主訴は背部痛。精査 CT で後腹膜腫瘍を認めた。原発不明癌のリンパ節転移ならびに副腎腫瘍を疑い当科紹介。CT で腹部大動脈左側に長径 1.5 cm の境界明瞭な乏血性腫瘍を認めた。腫瘍マーカー・消化管内視鏡検査・PET-CT を行い原発巣疑う所見はなし。MRI では副腎との境界に脂肪織が確認でき、副腎ホルモン検査も異常なし。PET-CT で腫瘍の SUV が 2.04 であり、MRI の信号変化も併せ、神経性腫瘍を疑い経過観察となった。しかし3カ月後の MRI で腫瘍が増大しており、腹腔鏡下左後腹膜腫瘍摘除術を施行。術中一部腫瘍被膜が裂けた。病理は Ewing 肉腫であった。転移巣はなく、開腹左腎・副腎摘除術を行った。残存病変はなし。現在化学療法継続中で術後6カ月現在転移なく経過している。

自然破裂を来した嚢胞性褐色細胞腫の1例：三浦賢仁，久保田聖史，西山 隆，寒野 徹，岡田 崇，東 義人，山田 仁（医仁会武田総合），中前恵一郎（同総合診療） [症例] 76歳，男性。[現病歴] 2013年秋より動悸，夜間の胸部痛・背部痛，頭痛出現。2014年7月腰痛，上腹部痛，冷感出現し近医受診。腹部超音波検査，造影 CT にて副腎腫瘍疑われ，8月当科紹介受診。[入院時現症] BP 142/107 mmHg，PR 85/min，身体診察上明らかな異常なし。[CT—上下腹部] 膵臓背側から左側腎静脈にかけて，傍大動脈腫瘍を認める。[MRI—副腎 単純] 大動脈左側に長径 8 cm の境界明瞭な腫瘍を認め，内部に出血による液面形成が疑われる。[採血検査] 血中 VMA 48.7 ng/ml，アドレナリン 0.35 ng/ml，ノルアドレナリン 2.30 ng/ml。[経過] 入院後，急激な背部痛出現。腫瘍出血による褐色細胞腫クラーゼと判断。ICU 転入，集学的治療後経過良好。第30病日，自宅退院とし，血圧コントロール後退院ののち2カ月後，腹腔鏡下に腫瘍を摘除した。

肺動脈塞栓を契機に発症した機能性副腎癌の1例：福永有伸，松岡崇志，矢野敏史，杉野善雄，岡田卓也，川喜田睦司（神戸市立医療センター中央市民），今井幸宏（同病理） 44歳，女性。突然の胸痛・呼吸困難を主訴に受診。CT で径 10 cm の左副腎腫瘍，肝静脈レベルに達する下大静脈腫瘍血栓，および肺動脈塞栓を認めた。内分泌学的検査にて Cushing 症候群と診断した。機能性副腎腫瘍に対して，開腹左副腎腫瘍摘除術，下大静脈塞栓除去術，人工心肺下開胸肺動脈塞栓除去術を施行した。病理結果は副腎癌であった。術後経過は良好で，CT で残存病変なく術後14日目に退院し，術後追加治療としてミトタンを投与し，半年間再発を認めていない。下大静脈腫瘍血栓・肺腫瘍塞栓を伴う副腎癌に対して，外科的切除を施行したのは本症例が本邦1例目である。副腎癌の予後規定因子の1つに完全切除があげられ，肺腫瘍塞栓を含めた切除が重要であると考えられた。

顕微鏡下低位結紮術後再発に対して経皮的塞栓術を施行した精索静脈瘤の2例：木枕 舞，永原 啓，福原慎一郎，惣田哲次，竹澤健太郎，藤田和利，木内 寛，宮川 康，野々村祝夫（大阪大） 症例1：23歳 男性。2013年4月左陰囊部痛および陰囊内容の腫大を自覚し，近医受診。左精索静脈瘤 grade 3 の診断で，同年7月顕微鏡下低位結紮術施行。術後も症状は持続。精査加療目的に当科紹介受診。入院時，左精索静脈瘤 grade 3 を認めていた。2013年9月経皮的塞栓術

施行した。術後1年5カ月経過するも再発を認めていない。症例2：27歳 男性。中学生の頃より左陰囊内容の腫大を認めていたが，放置。1年の不妊を主訴に近医受診し，左精索静脈瘤 grade 3 と診断された。2013年10月顕微鏡下低位結紮術施行。手術2カ月後左精索静脈瘤の再発を認め，2014年4月精査加療目的で入院。入院時，左精索静脈瘤 grade 3 を認めていた。2014年4月経皮的塞栓術施行した。術後9カ月経過するも再発を認めていない。

重複下大静脈を伴った Zinner 症候群の1例：井口圭子，岡村太裕，清水保臣，任 起弘，行松 直，岩井友明，桑原伸介，内田潤次，仲谷達也（大阪大） 23歳，男性。8年前より排尿時痛を繰り返し，抗生剤投与で経過観察されていた。MRI で前立腺右葉に嚢胞性病変認め当科受診。MRI，造影 CT で重複下大静脈を伴う右精囊腺嚢胞・右腎無形成（Zinner 症候群）と診断。脊椎麻酔下に精管造影，経会陰的嚢胞穿刺を施行。現在術後39カ月で術後経過は良好であり，MRI フォローにて嚢胞の増大なく，疼痛の改善を認めている。

尿閉を来した傍尿道平滑筋腫の1例：前田航規，城 文泰，広田竜一，永澤誠之，和田晃典，小林惠市，富田圭司，水流輝彦，花田英紀，瀧本啓太，吉田哲也，影山 進，上仁数義，成田充弘，河内明宏（滋賀医大） 44歳，女性。数カ月前から頻尿，尿勢低下を自覚。尿勢低下の増悪を認め，尿閉で近医受診。導尿で1,500 ml の尿流出を認め尿道カテーテルを留置された。以前から子宮筋腫の指摘あり婦人科受診。経膈エコーで膀胱左側に腫瘍を認めた。MRI，CT で径 9 cm の骨盤内腫瘍を認め，当科紹介。経膈的腫瘍生検で傍尿道平滑筋腫と診断した。経腹および経膈的腫瘍摘除を行った。標本重量 194 g。術後排尿障害は改善した。傍尿道平滑筋腫は外陰部腫瘍を契機に発症される事が多いが，腫瘍が大きい場合は尿閉を来すことがある。治療は一般的に経膈的摘除で行うが腫瘍が大きい場合は経腹および経膈的摘除が有用である。

尿閉を呈した無菌性髄膜炎の2例：喜馬啓介，岸野辰樹，篠原雅岳，坂 宗久，平尾佳彦（大阪明鏡），井上千尋（同神経内科） 症例1：24歳，女性。腰部，大腿を中心とした全身の痛みを自覚し，1カ月後歩行困難となり入院。頭痛，発熱，傾眠傾向，尿閉を認めた。血液・尿検査，画像検査で異常はなかった。項部硬直を認めたため，神経内科で髄液検査を施行し無菌性髄膜炎と診断。症例2：45歳，女性。頭痛，発熱あり，抗菌薬投与でも改善せず，1週間後腰背部痛，尿閉を認め入院。項部硬直は明確でないものの髄液検査で無菌性髄膜炎と診断。2例とも神経内科でステロイドパルス療法を行い自排尿可能となった。比較的若年者，頭痛，発熱を伴う排尿障害を呈する患者では，髄膜炎-尿閉症候群は念頭におき，早期に神経内科学的な精査と治療が必要である。

右腎盂癌術後急速に皮下転移増大を来した1例：洪 陽子，弓場寛，岡田宜之，佐藤元孝，任 幹夫，辻畑正雄（大阪労災），三輪秀明（同病理診断） 78歳，男性。右側腹部痛精査にて右腎腫瘍を指摘され当科紹介となった。造影 CT にて肝浸潤を伴う右腎腫瘍を認めた。遠隔転移は指摘できなかった。右腎癌 cT4N0M0 と診断し，2014年7月経腹膜的右腎摘除術・肝部分切除術を施行，病理診断は右腎盂癌 pT4N0M0 であった。術後1週間で右前腕皮下結節が急速に増大した。針生検を行い，腎盂癌皮下転移と診断した。CT にて，多発肺転移，右腎門部リンパ節転移も新たに出現していた。同年8月より GCBDCA 療法（gemcitabine, carboplatin）を2コース行い，皮下転移は縮小したものの肺転移・リンパ節転移は増大し，PD と判断した。MVE-CBDCA（methotrexate, vinblastine, epirubicin, carboplatin）療法へ変更した。2コース終了時点で PR となり，現在化学療法継続中である。

下行結腸合併切除を要した黄色肉芽腫性腎盂腎炎の1例：賀来泰大，酒井 豊，丸山 聡，田中宏和（加古川医療セ） 62歳，男性。発熱，左腰痛で受診。画像検査で左腎癌，下行結腸浸潤，傍大動脈リンパ節転移が疑われた。左腎摘除，下行結腸部分切除，傍大動脈リンパ節廓清術を施行した。病理診断で黄色肉芽腫性腎盂腎炎，リンパ節は炎症の所見のみであった。腎と結腸は脂肪織を介して癒着していた。その後経過は良好で術後12日目に退院となった。現在発熱の再燃，再発なく経過している。

悪性腫瘍と鑑別を要し切除術を施行した腎周囲リンパ節炎の1例：久保田聖史，寒野 徹，西山隆一，岡田 崇，東 義人，山田 仁（武田総合） 79歳，男性。糖尿病の既往あり。主訴は左腎腫瘍精査。10年前から無症候性肉眼的血尿あり受診。エコーで膀胱腫瘍を指摘され，TUR-Btで尿路上皮癌の診断。転移精査の造影CTにて左腎下極前面に後期相で弱く造影される3cm大の均一な単発の充実性腫瘍あり。その他転移なし。悪性の腎腫瘍を否定できず，腹腔鏡下腎部分切除術を計画。術中に繊維被膜と腫瘍は一塊にして摘出でき，腫瘍と腎実質に連続性なし。組織は悪性所見なく，肉芽腫を伴うリンパ濾胞の形成，胚中心の過形成を認めた。好中球浸潤なく，原因不明の非感染性リンパ節炎の診断であった。腎腫瘍，腎被膜腫瘍を疑い切除され，原因不明のリンパ節炎であったことは報告がなく，今後，腎腫瘍や腎被膜腫瘍の鑑別診断にリンパ節炎も加わると考えられた。

尿管アミロイドーシスの1例：桑原 賢，永井康晴，花井 禎，上島成也（大阪南医療セ），星田義彦（同病理学） 67歳，女性。既往歴：子宮頸癌（40歳），脳梗塞（60歳）。2014年4月末，下腹部痛および肉眼的血尿を認め，近医の造影CTで，左下部尿管癌を疑われ当科を受診した。膀胱鏡検査では膀胱内に腫瘍を認めず，左逆行性腎盂尿管造影にて左下部尿管に2.5cm大の陰影欠損像を認めた。細胞診は自然尿で陰性，左腎盂尿は偽陽性であった。左下部尿管癌の臨床診断に対し左腎尿管全摘除術を施行した。病理学的診断は，尿管下部の黒色変色域では粘膜上皮の剥奪と，好酸性物質の沈着および出血を認めた。コンゴレッド染色にて橙赤色の偏光を認め，尿管アミロイドーシスと診断された。アミロイドーシスの全身検索では，脳，心臓，消化管などにはアミロイドの沈着は認めなかった。限局性アミロイドーシスとして経過観察中であり，術後6カ月再発を認めていない。

腎に発生した炎症性偽腫瘍の1例：西岡 達，白石祐介，田中幹人，楠田雄司，山道 深，中野雄造，山田裕二（県立尼崎），酒井伊織（県立塚口） 75歳，女性。エコーにて左腎腫瘍を指摘され紹介。造影CTにて左腎中部内側に長径4cm弱の緩徐に造影される腫瘍を認めた。悪性腫瘍を否定できず，腹腔鏡補助下小開腹腎部分切除術を施行。病理組織は形質細胞を主体とする細胞浸潤を認めた。免疫染色ではIgG4陽性細胞/IgG陽性細胞比の上昇を認め，IgG4関連腎臓病による炎症性偽腫瘍と診断。なお，術後血清IgG4は45mg/dlと正常値であった。現在術後3カ月で再発なく経過良好である。本症例は腎外病変がなく，術前の診断は困難であったと思われるが，非典型的な腎腫瘍を認めた際には，血清IgG4も測定すべきと考えられた。

術後11年目に孤発性転移を来した尿路上皮癌の1例：金光博樹，沖原宏治，田原秀一，山田恭弘，藤原敦子，白石 匠，内藤泰行，納谷佳男，伊達成基，三木恒治（京都府立医大） 65歳，女性。54歳時左腎盂癌に対して開腹左腎尿管全摘除術施行。病理結果はpT3，G2>3，静脈浸潤，リンパ節転移は認めなかった。以降10年間再発なく経過していたが65歳時長引く咳嗽を主訴に胸部単純写真施行，左下肺野に腫瘍影を認めた。精査目的のCTでも左肺S8領域に4cm大の孤発性病変を認めた。2014年2月当院にて胸腔鏡下左肺部分切除術施行。病理組織所見では腎盂癌の転移として矛盾しない所見で腎盂癌肺転移と診断。術後化学療法を提示も拒否，画像フォローとした。腎尿管全摘術後再発症例の再発までの期間を報告した文献ではpT3の症例では全例で術後40カ月までに再発している。腎尿管全摘術後は生涯に渡ってのフォローアップが必要と考えられた。

膀胱原発小細胞癌の1例：塩田晃司，山田剛司，植原秀和，金沢元洪（松下記念），鈴木 啓（山城総合医療セ） 76歳，男性。既往歴は糖尿病。肉眼的血尿と尿閉を主訴に当科受診。膀胱タンポナーデと診断し入院加療となった。経尿道的膀胱内血腫除去術を行い，その際に膀胱後壁に粗大な腫瘍を認めたため組織生検を施行した。病理学的組織診断結果は，高度な壊死組織を伴う癌細胞であったが詳細な組織型は不明であった。その後も血尿コントロールが不良であったため，早急に膀胱全摘除術を施行した。病理学的組織診断結果はsmall cell carcinomaであり，膀胱周囲脂肪組織および前立腺に浸潤を認めpT4aN0M0と診断した。術後41日目に硬度便秘および食思不振を認めたため腹部CT検査を施行したところ，骨盤内を占拠する局所再発腫瘍を認めた。全身状態が急速に悪化したため化学療法は施行できず，術後75日目に死亡した。

膀胱小細胞癌の2例：井上裕太，問山大輔（京都府立医大北部医療セ），邵 仁哲（明治国際医療大），廣田英二（綾部市立） 症例1は78歳，女性。主訴は排尿痛。膀胱癌cT3bN1M0の診断にてTUR-Bt施行。病理結果は尿路上皮癌がわずかに混在した小細胞癌であった。EP療法4コースでPRを得られ膀胱全摘除術を施行。術後早期にリンパ節転移が出現し，IP療法3コース追加するもPD。適宜放射線照射を追加するも進行を抑制できず，初診から1年で永眠された。症例2は64歳，男性。主訴は肉眼的血尿。膀胱癌cT3bN1M0の診断にてTUR-Bt施行。病理結果は小細胞癌であった。IP療法3コースでPRを得られ膀胱全摘除術を施行。術後IP療法1コース追加し，膀胱全摘後5カ月で再発を認めない。膀胱小細胞癌の予後はきわめて不良だが，化学療法を含めた集学的治療が有効とされる。肺小細胞癌に準じてEP療法が頻用されるが，IP療法も有用性が示唆されている。本検討でも術前化学療法として使用し有用であった。

若年者に発生した膀胱腫瘍の1例：奥村悦久，大塚政嗣，白石裕介，宗田 武，金丸洋史（北野） 31歳，男性。CTにて偶然，膀胱頂部に直径35mmの腫瘍を指摘され受診。膀胱鏡にて結節型広基性腫瘍を認め，尿細胞診は陰性であった。この時点で膀胱腫瘍，尿管腫瘍が鑑別に挙がりTUR生検を施行。表面平滑だが内部は硬い腫瘍で，病理組織診では尿路上皮異型やki67陽性細胞など悪性所見を認めなかった。しかし画像所見上尿管腫瘍を否定しきれないことから，膀胱部分切除術を施行。HE染色では多形性に乏しい紡錘形細胞の不規則な増殖と，多数の炎症細胞浸潤を認め，免疫染色ではALK陽性であることから，炎症性筋線維芽細胞腫瘍の診断となった。本疾患は炎症性偽腫瘍の一種と考えられており，稀に局所再発の報告はあるものの遠隔転移の報告はなく，本症例においても経過観察の方針とした。術後半年経過時点で再発を認めていない。

膀胱原発扁平上皮癌に対しGemcitabine+Nedaplatin併用放射線療法が奏功した1例：遠藤貴人，三浦徹也，吉行一馬，結縁敬治，山下真寿男（神鋼） 84歳，男性。2013年5月に肉眼的血尿を主訴に前医受診。CT，MRIで膀胱右側壁に壁外に浸潤する腫瘍と右水腎症を認めた。採血では軽度腎機能障害を認め，また血清SCCが34.9mg/dlと高値であった。膀胱鏡で膀胱右側壁に非乳頭状広基性腫瘍を認め，右尿管口が正常であることから膀胱憩室腫瘍と腫瘍による右尿管閉塞と考えられた。TUR-BTを施行し病理診断はsquamous cell carcinoma，pT2以上であった。高齢，腎機能障害を考慮し，gemcitabine+nedaplatin療法3コースと放射線療法を行い，膀胱内腫瘍の消失と右水腎症の改善を認めた。その後も再発なく経過している。

柴苓湯内服後から症状改善を認めた増殖性膀胱炎の1例：小糸悠也，原田二郎，河 源（済生会野江） 36歳，男性。3年前から尿意切迫感，排尿困難を自覚し，近医で処方受けるも改善なく当科紹介。尿細胞診は正常で水腎症は認めず。膀胱鏡で膀胱頸部に非乳頭状腫瘍認め，病理学的診断および症状改善目的でTUR施行。増殖性膀胱炎の病理所見であった。術後も尿意切迫感の改善なく，抗コリン薬による内服加療も効果を認めず。柴苓湯の内服追加後から速やかに症状の改善を認めたが，2カ月の内服期間の後に中止すると症状の再燃を認めた。

穿孔を伴った膀胱黄色肉芽腫の1例：山田 篤，後藤大輔，平尾周也，平尾和也（平尾病院），田中宣道（奈良医大） 64歳，男性。2014年6月初旬，無症候性肉眼的血尿を主訴に受診。下腹部は緊満し臍下から恥骨にかけて皮下出血斑を認めた。CT，MRI検査にて膀胱前面から頂部にかけて13cmの嚢胞性腫瘍を認め，膀胱頂部が著明に肥厚していた。膀胱鏡，膀胱造影で膀胱頂部の穿孔を認めた。高度の炎症所見を伴っていたため，嚢胞穿刺ドレーナージュを施行。穿刺排液は血性漿液であった。尿管腫瘍を疑い，膀胱部分切除術を施行。尿管腫瘍は認めず，膀胱穿孔部を中心に切除した。病理組織は大型で泡沫上の細胞であるfoamy cellの集簇を認め，膀胱黄色肉芽腫と診断した。術後7カ月で再発は認められていない。

無症候性肉眼的血尿を契機に診断された気腫性膀胱炎の1例：岸野辰樹，中農 勇，穴井 智，青山秀雄，辻本賀洋（高の原中央） 78歳，女性。施設入所中の患者で転倒にて大腿骨転子部骨折を受傷し，2014年10月24日当院整形外科に入院した。入院後肉眼的血尿あり，10月28日当科に紹介された。出血性膀胱炎として治療を開始したがCT

で膀胱壁に全周性にガス像がみられ、気腫性膀胱炎と診断した。抗生剤の経静脈的投与で治療した。膀胱鏡では粘膜に発赤部が散在し、粘膜下に多数の気泡形成がみられた。治療にて炎症所見は改善し、11月27日のCTでは膀胱壁のガス像は消失し、12月8日退院した。気腫性膀胱炎は比較的稀な疾患であり、尿のドレナージや抗生剤などの治療で大部分は治癒するが重症化する症例もみられる。今回無症候性肉眼的血尿を契機に診断した気腫性膀胱炎の1例を経験したので国内の臨床統計とあわせて報告する。

急速増大する陰嚢水腫を伴った精巣鞘膜悪性上皮腫の1例：金子正大、中内博夫（第二岡本総合）、南川哲寛（同病理診断）、谷口英史、山田恭弘（京都府医大）、中村潤（奈良やよいクリニック） 93歳、男性。主訴は右陰嚢腫大。アスベスト暴露歴なし。右陰嚢水腫の診断で右陰嚢水腫根治術を施行。中皮腫が疑われ、追加治療として高位右精巣摘除術を施行。鞘膜から精巣実質内で異型細胞の充実状・乳頭状不整管状構造および浸潤増殖を認めた。断端陰性。免疫染色はcalretinin, WT1, D2-40, EMAが陽性、CEA陰性、上皮型の精巣鞘膜悪性上皮腫の診断。術後6カ月時点で再発なし。精巣鞘膜悪性上皮腫はきわめて稀な疾患で、無痛性の急速な陰嚢腫脹や、血性の陰嚢水腫を伴うことが多いが、術前の正診率は低い。治療は主に外科的切除が行われ、再発症例には放射線治療などが行われるが、80%は死亡する。初発時の治癒切除が重要である。

精巣漿膜に小細胞癌の転移が疑われた陰嚢水腫の1例：松村直紀、杉本公一、能勢和宏、西岡伯（近畿大堺）、落合健、前倉俊治（同病理） 63歳、男性。2012年8月左陰嚢腫大を自覚。同年10月他院泌尿器科で左陰嚢水腫穿刺術も、再発を認め当院紹介受診となった。同年12月左陰嚢水腫根治術をBergmann法にて行った。病理結果は精巣鞘膜より小細胞癌の転移を疑う細胞が観察された。免疫組織学的検査にてsynaptophysin, chromograninともに陰性であり、陰嚢水腫壁に伴う小細胞癌様細胞と診断した。CD56陽性より精巣網由来と考察した。起因は不明だが精巣網に小細胞癌様細胞が存在し、術前の陰嚢水腫穿刺術が原因で水腫壁に漏出したと考えた。術後FDG-PETにて他病変なく腫瘍マーカーも陰性であった。現在再発なく2年経過観察中である。

鼠径ヘルニア根治術後に発生した硬化性脂肪肉芽腫の1例：白石祐介、西岡道、田中幹人、楠田雄司、山道深、中野雄造、山田裕二（県立尼崎）、酒井伊織（県立塚口） 33歳、男性。右鼠径部の違和感認め近医受診。右鼠径ヘルニアと診断され、腹腔鏡下ヘルニア根治術施行。術後も鼠径部の腫瘍を触れ、また増大・硬化傾向にあるため当科紹介受診となった。来院時、右鼠径部にピンポン球大、弾性硬の無痛性腫瘍を触知した。腹部造影CTにて右鼠径管内に脂肪濃度を呈する腫瘍を認め、腫瘍内部には不均一に索状の構造を認めた。腹部MRIにて右鼠径管内にT1, T2強調画像で脂肪濃度の高信号を呈する腫瘍を認めた。右精巣腫瘍の診断にて高位精巣摘除術を施行した。病理診断は硬化性脂肪肉芽腫であった。

受傷10日後に緊急手術を施行した外傷性精巣破裂の1例：山野志真、板東由加里、山野潤、山尾裕、中村一郎（神戸市医セ西市民）、安野博彦（安野泌尿器科医院） 44歳、男性。2014年10月、ソフトボールが右陰嚢に当たると放置。10日後に近医泌尿器科受診後当

科紹介。超音波検査、MRIにて精巣破裂が疑われ、緊急試験切開術施行。一部白膜断裂認めるも精巣の色調は良好で温存可能と判断し、白膜修復術を施行。術後3カ月のMRIで明らかな精巣萎縮を認めない。精巣破裂は精巣の鈍的外傷により白膜断裂を来たしたもので、超音波検査での陰嚢血腫、精巣血腫、精巣裂離の所見が有用だが、診断困難な場合はMRIによる同所見の確認も有用とされる。治療は原則手術であり、受傷後3日を過ぎると精巣温存率が大幅に低下する。過去の報告では受傷から10日以上経過後の手術での温存率は20~30%程度であり、本症例では適切な画像診断により精巣が温存できた可能性が示唆された。

絨毛癌症候群を来たした多発肺転移精巣腫瘍に対し集学的治療にて救命しえた1例：速水悠太郎、吉田健志、島田誠治、中本喬大、松崎和炯、吉田崇、池田純一、高安健太、滝澤奈恵、三島崇生、増田朋子、矢西正明、乾秀和、杉素彦、木下秀文、松田公志（関西医大枚方） 27歳、男性。2013年7月に左精巣の硬結と腫大を主訴に近位受診。高位精巣摘除術を施行されるも病理診断はnecrosis。多発肺腫瘍を認め、hCG高値であることから精巣原発胚細胞腫瘍と診断し、化学療法目的に当科紹介。hCG 943,601 mIU/ml。治療前の胸部CTで両側肺野に多発結節影と肺泡出血像を認めた。EP療法開始後3日目に呼吸状態と肺泡出血像の増悪を認めた。呼吸機能低下したため気管挿管しICU管理となった。その後もfull doseで化学療法を継続し、EP療法2コースとBEP療法2コースを行った時点で呼吸状態の改善を認め抜管となった。

精巣部分切除を施行した精巣類上皮嚢胞(Epidermoid cyst)の1例：大西健太、伊丹祥隆、篠原雅岳、松下千枝、細川幸成、林美樹（多根総合）、藤本清秀（奈良県立医大） 44歳、男性。2013年2月中旬、右鼠径部の疼痛で近医泌尿器科を受診。超音波検査で精巣腫瘍が疑われ、2013年3月に当科を紹介受診した。触診上、右精巣に小指頭大の腫瘤を触知、圧痛は認めず。精巣腫瘍マーカーはいずれも正常値であった。超音波検査で右精巣上極に周囲との境界が明瞭なacoustic shadowを伴う高エコーの壁を有する嚢胞性腫瘤を認めた。MRIでは辺縁がT1・T2強調像でともに低信号で、内部はT1強調像で低信号、T2強調像で不均一な高信号を呈し、造影効果は認めなかった。精巣類上皮嚢胞を疑い、精巣部分切除術を施行。術中迅速病理診断では悪性所見を認めず、最終病理診断はepidermoid cystであった。術後、合併症や再発を認めず経過している。

精巣原発悪性リンパ腫の1例：溝渕真一郎、星山文明、田中雅博（大阪厚生） 82歳、男性。右陰嚢内容の無痛性腫大を主訴に当科受診。血液検査では腫瘍マーカーは正常範囲内で、MRI、T2WIで右精巣は不均一な低信号に描出された。右精巣腫瘍を疑い高位精巣摘除術を施行。病理所見では巨大で不整形の核をもつ細胞がびまん性に増生していた。CD20, CD79a陽性であり、diffuse large B-cell lymphoma (DLBCL)と診断。全身検索のPET-CTで左精巣にFDGの集積を認め、左精巣への転移を疑い、左高位精巣摘除術を施行。病理組織像は右側と同様にDLBCLであった。術後追加治療としてR-CHOP療法を施行。1コース目でgrade 4の好中球減少を認めたが、2コース目に持続型G-CSF製剤を予防投与したところ、好中球の減少はごく軽度であり、2コース終了後のPET-CTで再発、転移を認めていない。