

## 第269回日本泌尿器科学会東海地方会

(2015年9月26日(土), 於 KDX 桜通ビル 8F ホール)

**副腎 Ganglioneuroma の1例** : 森永慎吾, 加藤義晴, 村松洋行, 梶川圭史, 小林郁生, 西川源也, 吉澤孝彦, 渡邊将人, 全並賢二, 金尾健人, 中村小源太, 住友 誠 (愛知医大) 67歳, 女性. 腹痛精査のCTで右腎腫瘍と左副腎腫瘍を同時に指摘され, 当科紹介受診. 経腹膜の左副腎摘除術を施行し, 病理組織学的検査はganglioneuromaであった. 今後, 右腎摘除術施行予定である.

**腎原発神経内分泌腫瘍の1例** : 河野 悠, 長井達哉, 田中篤史, 寺島康浩, 小嶋一平, 石塚紀江, 内藤祐志 (豊橋市民) 37歳, 女性. 2012年10月, 左腎腫瘍破裂にて前医受診し, 保存的治療にて軽快した. 腎血管筋脂肪腫疑いとして経過観察となっていたが, 腎腫瘍の増大と肝転移疑いを認め, 当科へ紹介受診した. 2013年12月, 左腎摘, 肝部分切除を施行した. 病理結果は neuroendocrine tumor, G2 で腎門部の脂肪組織への浸潤と腎門リンパ節への転移を認めた. 術後, 外来で経過観察していたが, 2015年3月に多発肝転移を認めたため, 2015年5月より化学療法エトポシド+シスプラチンを開始した. 現在も化学療法を継続している.

**72歳女性に発症した Xp11.2 転座腎細胞癌の1例** : 飯沼光司, 小島圭太郎, 柚原一哉 (高山赤十字) 72歳, 女性. 肉眼的血尿を主訴に当科受診. 腹部超音波検査で右腎腫瘍を認めた. 単純CTでは右腎に境界明瞭な 58×55 mm の内部不均一な充実性腫瘍を認めたが転移を疑わせる所見は認めなかった. MRI では T2 強調像で腫瘍辺縁部に明瞭な低信号被膜を伴う充実性腫瘍を認めた. 右腎悪性腫瘍を疑い, 経腹膜到達法による腹腔鏡下右腎摘除術を施行した. 病理組織結果は, 乳頭状構造と, clear cell の混在した腎細胞癌であり, FISH 法で TFE 陽性であったため, Xp11.2 転座腎細胞癌と診断した. 術後経過は良好で, 定期的に外来で画像フォローを行っているが術後4カ月現在, 再発は認めていない. Xp11.2 転座腎細胞癌は小児/若年成人に好発する特徴をもった腎細胞癌であるが, 高齢者での報告は比較的稀であり, 若干の文献的考察を加えて報告する.

**薬物療法のみで消失したサンゴ状結石の1例** : 川瀬純太, 高橋義人, 中井千愛, 藤本祥太, 土屋邦洋, 石田健一郎, 谷口光宏 (岐阜県総合医療セ) 46歳, 男性. 20年前より尿路結石を繰り返していたが, 自然排石されていたため定期通院はされていなかった. 他院にて高尿酸血症に対してウラリット, ザイロリック内服中に, 超音波検査にて左サンゴ状結石を指摘され, 治療目的に当院紹介受診となった. CTにて 37×34 mm 大の左サンゴ状結石を認め, X線陰性, 酸性尿であったことから尿酸結石を疑い, 尿のアルカリ化を図るために炭酸水素ナトリウムを追加処方し, 内視鏡的治療を計画した. 手術待機中に一部排石を認め酸性尿酸アンモニウム結石と診断された. 初診から10カ月後のCTにて, サンゴ状結石の完全消失を認めた. その後の再発は認められていない.

**後腹膜腔に発生した Leiomyosarcoma の1例** : 奥田奈央子, 山田健司, 神谷浩行, 橋本良博, 岩瀬 豊 (豊田厚生) 44歳, 女性. 子宮単純摘除後3年. 右側腹部痛を主訴に当科受診. 造影CTにて右腎下方に長径 12 cm の腫瘍および腫瘍内出血を認めた. 後日後腹膜腫瘍右腎右付属器合併切除術施行. 病理組織診断は leiomyosarcoma であった.

**膀胱原発の浸潤性リンパ上皮腫様型尿路上皮癌の1例** : 永井 隆, 内木 拓, 武田知樹, 西尾英紀, 浜本周造, 水野健太郎, 窪田泰江, 河合憲康, 林 祐太郎, 安井孝周 (名古屋大) 43歳, 男性. 頻尿を主訴に膀胱腫瘍を指摘し, TURBT 施行. Undifferentiated carcinoma pT2 の診断で, 膀胱全摘除術を施行した. 浸潤性リンパ上皮腫様型尿路上皮癌 pT3 と判断し, 術後化学療法を行い, 6年間再発を認めていない. リンパ上皮腫様癌は, 腫瘍全体におけるリンパ上皮腫様癌の構成比により, pure, predominant, focal の3型に分類される. 本症例は pure 型であり, 過去の文献報告同様, 予後良好であった. また, これまでに膀胱原発のリンパ上皮腫様癌と EB virus との関連性を示す報告はない. 本症例においても EB virus encoded RNA in situ

hybridization 陰性であり, EB virus との関連性はないと考えられた. また近年, 膀胱癌の診断に寄与するとされる MRI 拡散強調画像の ADC 値を測定したところ, 当院のこれまでに経験した浸潤性尿路上皮癌と比較して低い傾向があり, 診断の一助になると考えられた.

**BCG 膀胱注後に発症した Reiter 症候群の1例** : 太田裕也, 池上要介, 藤井泰善, 永田大介, 丸山哲史 (名古屋市立東部医療セ) 67歳, 男性. 主訴は, 発熱と左膝関節腫脹. BCG 膀胱内注入療法開始し4回目の膀胱注後から発熱. その後両側結膜充血も自覚し当院眼科受診. 流行性角結膜炎の疑いで点眼治療が開始されたが発熱は持続し左膝関節痛も出現したため当院整形外科入院となった. 入院時検査では炎症反応の高値ならびに尿中白血球上昇を認め, 関節痛に対する鎮痛およびCTガイド下に左膝関節液ドレナージを開始. 関節液の一般細菌培養, 抗酸菌培養は陰性で血液培養の結核菌 PCR も陰性であった. 当科コンサルトあり BCG 膀胱内注入療法後の Reiter 症候群と診断. ステロイド投与により症状は改善された. 文献によると BCG 膀胱内注入療法に伴う関節炎症状の発症頻度は9.4%程度. BCG 膀胱内注入療法の重篤な合併症として Reiter 症候群は常に念頭に置いておくことが重要である.

**BCG 膀胱内注入療法による Reiter 症候群の1例** : 加藤 隆, 石川智啓, 佐野優太, 鶴田勝久, 小松智徳, 木村 亨, 辻 克和, 絹川常郎 (独立行政法人地域医療機能推進機構中京) 72歳, 男性. 膀胱腫瘍に対し TUR 施行し, 病理組織学検査では CIS の診断で BCG 膀胱内注入療法を施行. 4回注入したところで頸部, 肩, 腰, 膝と多関節痛出現し BCG 中止. HLA-B27 陽性で Reiter 症候群の診断となる.

**特発性副腎血腫の1例** : 秋田和利, 出口 隆, 仲野正博, 横井繁明, 安田 満, 土屋朋大, 清家健作, 水谷晃輔, 加藤 卓, 堀江憲吾, 亀山純司, 高井 学 (岐阜大) 41歳, 男性. 検診での腹部レントゲン写真にて左上腹部に異常陰影を指摘. 近医にて最大径 53 mm の副腎腫瘍を指摘され, 当科紹介受診となる. 30年前に交通事故の既往あり. 内分泌学的検査を含め, 血液検査に異常所見を認めず. CT では左副腎にリング状石灰化を伴う円形腫瘍を認め, 一部に石灰化を伴わない部分を認めた. MRI T2 強調像にて石灰化部分は低信号, 石灰化を欠く部分は高信号を呈した. MIBG シンチグラフィーでは異常集積を認めず. 画像所見からは副腎腫瘍性病変を完全に否定できず, 腹腔鏡下副腎摘除術を施行. 手術時間96分, 麻酔時間177分, 出血量 5 ml. 摘除した副腎は全周性に石灰化を認め, 内部に白色の貯留液を認めた. 貯留液の細胞診は陰性. 病理結果から特発性副腎血腫と診断した.

**気分不良を契機に発見された腎細胞癌髄膜腫転移の1例** : 加藤桃子, 金井優博, 梶原進也, 吉川昌希, 加藤 学, 西川晃平, 矢崎順二, 吉尾裕子, 長谷川嘉弘, 神田英輝, 有馬公伸, 杉村芳樹 (三重大), 川村壽一 (稲荷山武田) 79歳, 女性. 2015年2月に気分不良, 前失神の精査のために頭部 CT を施行され腫瘍を指摘された. 頭部 MRI で髄膜腫が疑われ, 内部の flow void と脳実質の浮腫とを認めた. 全身精査で右腎腫瘍, S 状結腸腫瘍を指摘された. 同年3月に頭蓋内腫瘍摘出術が施行され, 淡明細胞型腎細胞癌の転移を伴う血管腫性髄膜腫と診断された. さらに同年5月に根治的右腎摘出術と S 状結腸切除術を施行し淡明細胞型腎細胞癌, S 状結腸癌と診断した. 本症例では腎細胞癌から髄膜腫への tumor to tumor metastasis が起きた. 腎細胞癌の患者に髄膜腫を発見し, MRI で疑わしい所見を認めた場合には, 早期の髄膜腫摘出術が予後延長に寄与する可能性がある.

**腎機能温存が可能であった多発腎癌の1例** : 松尾かずな, 吉野能, 森 文, 山内裕士, 山本晃之, 坂元史稔, 馬嶋 剛, 石田昇平, 舟橋康人, 藤田高史, 佐々直人, 松川宜久, 加藤真史, 山本徳則, 後藤百万 (名古屋大大学院), 森 健策 (同情報学研究所科メディア科学) 20歳代, 女性. 網膜血管芽腫, 小脳血管腫, 両側多発腎癌があり, 家族歴がないため VHL 病 type 1 と診断した. 右腎に10個, 左腎に14個の腫瘍が同定できた. 新たなシステムにより, 3D データ構築

と腎動脈支配領域推定を行った。腎部分切除術が腎動脈の選択的クランプで可能と判断された。手術時間は3時間21分。総阻血時間は32分であった。下極を栄養する分枝の一部のみ阻血時間すべてで遮断したものの、他の分枝は計画通りに阻血を繰り返し、おおむね3～19分の阻血にて手術を施行できた。われわれの過去の検討で、26分にて不可逆的な腎障害が起きると推定されたことから、全クランプに比べて、今回の選択的クランプによって、組織再灌流障害が推定される領域は35%低減することが見込まれた。術後経過は良好で、半年後に総腎機能は術前と同値まで回復した。右腎機能はcERPFにて47%残存、造影低下なく、血流障害による機能低下は画像上認めなかった。

**腎部分切除術にて切除断端に静脈進展巣を認め、根治的腎摘除術を追加した腎細胞癌の1例**：松下雄登，谷島崇史，加藤大貴，鈴木孝尚，松本力哉，本山大輔，杉山貴之，大塚篤史，古瀬 洋，大園誠一郎（浜松医大），永田仁夫（浜松医療セ） 67歳，男性。既往に糖尿病および、大腸憩室炎など複数の手術歴あり。人間ドックの超音波検査にて右腎腫瘍を指摘され、当科を紹介受診した。画像検査にて腎癌cT1N0M0と診断し、腎部分切除術を施行。術中に腫瘍の露出は認めなかったが、病理診断にて淡明細胞型腎細胞癌の静脈進展巣が切除断端で陽性であった。残存腫瘍ありと判断して1週間後に根治的腎摘除術を施行し、腎区域静脈内に径7mmの残存巣を認めた。pT3aN0M0と診断し当科にて無治療経過観察中、術後6カ月において再発・転移を認めていない。腎部分切除術において静脈進展巣の残存が疑われる場合には、追加の腎摘除術によって予後を改善できる可能性がある。

**無症候性膀胱 Paraganglioma の1例**：小林郁生，中村小源太，梶川圭史，村松洋行，森永慎吾，西川源也，吉澤孝彦，加藤義晴，渡邊将人，金尾健人，住友 誠（愛知医大） 68歳，女性。当院婦人科の経膈超音波検査にて膀胱腫瘍を指摘され泌尿器科を受診した。膀胱鏡検査にて膀胱頂部に15mm大の粘膜炎下腫瘍を認めた。MRI検査にてT1, T2強調画像共に腫瘍は高信号域を呈し、Gd造影にて著明な増強効果を認めた。内分泌学的検査にて血中カテコラミンの高値を認めた。尿中メタネフリン、ノルメタネフリンは正常であった。PET-CT検査では膀胱腫瘍、他臓器共に異常集積は認めなかった。膀胱 paraganglioma を念頭に、膀胱部分切除術を施行した。術中一時血圧の異常高値を認めた。病理組織学的診断は paraganglioma であった。膀胱 paraganglioma の術式は、腫瘍への刺激による血圧異常高値を避けるために膀胱部分切除術を選択するのが一般的であるが、約20%の症例がTUR-Btを選択されている報告もある。今回われわれは膀胱 paraganglioma に対し、膀胱鏡併用下に腫瘍部位を明確にすることで比較的 safely に膀胱部分切除術を施行可能であった。

**陰茎転移を来した肺腺癌の1例**：中根慶太，石田貴史，蟹本雄右（中東遠総合医療セ），小沢直也（同呼吸器内科） 62歳，男性。肺腺癌（stage IIIB）に対して抗癌化学療法中に排尿困難と陰茎硬化を自覚し受診。経皮的膀胱瘻造設術および陰茎海綿体針生検を施行した。病理組織学的診断は肺腺癌の陰茎転移であった。

**尿管 S 状結腸吻合術後43年で吻合部腫瘍を発生した1例**：濱川隆，岡田淳志，海野 怜，飯田啓太郎，安藤亮介，梅本幸裕，戸澤啓一，佐々木昌一，林 祐太郎，安井孝周（名古屋市大），柴田孝弥，原賢康（同消化器・一般外科） 46歳，女性。3歳時に外傷性骨盤骨折による膀胱頸部断裂，膀胱陰痿を生じ、尿管 S 状結腸吻合術を施行された。術後43年目に血便が出現し、消化器内科にて大腸内視鏡を施行した。S 状結腸に凹凸を伴う隆起性病変を認め、内視鏡的粘膜切除術を施行したところ、右尿管吻合部に、尿管筋層への浸潤を伴う S 状結腸癌を認めた。S 状結腸切除術，右尿管全摘除術，左尿管皮膚瘻造設術を施行し、術後10カ月再発なく経過している。炎症性腸疾患である潰瘍性大腸炎に関連する大腸癌に Mucin 5AC (MUC5AC) が発現することが知られている。本症例でも S 状結腸癌の部位に MUC5AC の発現がみられ、尿管 S 状結腸吻合術後の発がんには炎症の関与が示唆された。

**尿管結石治療中に発生した間質性腎炎の1例**：竹中政史，鉛本剛之助，河合昭浩，引地 克，伊藤正浩，彦坂和信，深谷孝介，深見直彦，佐々木ひと美，日下 守，石川清仁，白木良一（藤田保衛大） 症例52歳，女性。左尿管結石に対してfTUL, ESWL 施行。左尿管の完全閉塞に対して腎瘻造設したがレノシンシテグラム上は無機能腎。腹

腔鏡下腎摘出術施行し、病理結果は間質性腎炎であった。

**原発性アルドステロン症に対して単孔式腹腔鏡下副腎摘除術した1例**：田中勇太郎，秋田英俊，小林大地，廣瀬泰彦，小林隆宏，岡村武彦（安城更生） 症例：48歳，女性。高血圧精査にて当院初診。原発性アルドステロン症と診断し、単孔式腹腔鏡下左副腎摘除術施行。手術時間98分，出血量少量。降圧薬内服なく血圧安定し、合併症なく術後3日目退院。

**経胸経後腹膜にて切除した後腹膜腫瘍の1例**：守屋嘉恵，平林毅樹，山口朝臣，平林裕樹，深津顕俊，吉川羊子，上平 修，松浦 治（小牧市民） 症例は53歳，男性。腹痛にて当院受診。右尿管結石による疝痛発作であったが、同時に撮影したCTで右副腎に径9cmの腫瘍を認めた。内分泌検査では異常認めず。肝臓を上方向へ圧排し、通常の経腹的あるいは経後腹膜のアプローチでは難しいと考えられたため、開胸，横隔膜を切開し後腹膜的にアプローチした。病理は骨髄脂肪腫であった。横隔膜から腹膜を剥離するアプローチにより肝臓を前方へ脱転することができ良好な視野で腫瘍を摘出できたので報告する。

**腹腔鏡下に摘出した大動脈間 Paraganglioma の1例**：大橋朋悦，錦見俊徳，小林弘明，横井圭介，山田浩史，石田 亮，服部恭介（名古屋第二赤十字），都築豊徳（同病理診断） 24歳，女性。2013年8月，多汗および高血圧を主訴に初診。採血上ノルアドレナリン：2,066 pg/ml と高値。I123MIBGにて肝下縁に集積を認め、腹部MRIにて十二指腸水平脚背側，大動脈間に32×30×42mm大の腫瘍性病変を認めた。以上から paraganglioma の診断にて同年12月腹腔鏡下後腹膜腫瘍摘出術を施行。手術時間：4時間13分，気腹時間：3時間43分，出血：20g。術後病理は paraganglioma に相当する組織像であり、積極的に悪性像を示唆する所見は乏しかった。術後経過良好で、術後5日目に退院。以後、現在まで再発は認めていない。

**結腸間膜と癒着を認めた腎癌に対して腹腔鏡下腎摘除術を施行した1症例**：佐野友康，永山 洵，松井宏考，山本茂樹，鈴木弘一，鈴木省治，服部良平（名古屋第一赤十字） [症例] 78歳，女性。術前CTで左腎中央から下極に長径105mm腫瘍を認めた。左腎静脈内までの腫瘍塞栓を認めたがリンパ節転移，遠隔転移を認めず、術前診断はcT3aN0M0であった。[手術の要点] 経腹的前方到達法で手術を開始し、まずは下行結腸を腎前面より受動を始めたが、腸間膜が腫瘍との間で癒着しており、強引に剥離をしようと拡張した腫瘍表面の血管の損傷の可能性がある。そのため、腎外側の腹膜を切開後 外側円錐筋膜も切開し腎を腹側に脱転。大動脈に沿って剥離を進め 腎動脈の処理先行した。腎動脈の処理後、腎前面で下行結腸の受動を行うがやはり癒着の強い腸間膜があり、この部分を腫瘍に付着させて腸管と腎前面の剥離をした。次いで、腫瘍塞栓を含む腎静脈を stapler で処理し、腎摘除を行った。臍部の創から体外に腎を摘出した後、この創部から下行結腸を引きだし、直視下に腸管の血流が良好であることを確認したのち欠損した腸間膜を縫合した。

**化学療法と尿管鏡腎温存手術により寛解を得た尿管癌の1例**：伊藤正浩，日下 守，河合昭浩，彦坂和信，竹中政史，引地 克，深谷孝介，鉛本剛之介，深見直彦，佐々木ひと美，石川清仁，白木良一（藤田保衛大） 74歳，女性。慢性腎不全で経過観察中に腎機能の急激な増悪を認めた。精査にて右水腎症を指摘され紹介受診。CTおよび逆行性腎盂尿管造影から右尿管癌を疑い、尿管鏡ならびに生検を施行。病理診断は尿路上皮癌，low grade であり，右尿管癌cT1N0M0と診断した。術前化学療法をgemcitabine (1,000 mg) 単独投与で施行。2コース終了後、尿管鏡検査で腫瘍の著しい縮小を認めた。残存腫瘍に対してレーザーで可及的に焼灼を行い、その後3コースの化学療法を追加した。内視鏡的に腫瘍の残存，再発を認めず半年経過し，尿管粘膜の不整，狭窄も認められず，腎機能も維持されている。尿管鏡腎温存手術はlow grade・low stageの腫瘍にのみ適応があり，自験例では結果として術前化学療法と内視鏡手術により著しい制癌効果が得られた。現在まで腎機能も温存され透析導入も回避できているが，引き続き厳密な経過観察を要する。

**Zinner 症候群患者の膀胱癌に対しロボット支援腹腔鏡下膀胱全摘術を行った1例**：坂元史稔，吉野 能，山本晃之，松尾かずな，石田

昇平, 馬嶋 剛, 舟橋康人, 佐々直人, 藤田高史, 松川宜久, 加藤真史, 山本徳則, 後藤百万 (名古屋大) 69歳, 男性. 肉眼的血尿を主訴に受診され膀胱腫瘍を指摘. 画像検査, TURBT にて膀胱癌 T2N0M0 と診断. また右腎欠失, 精嚢嚢胞, 重複下大静脈を指摘された. 本症例に対しロボット支援腹腔鏡下膀胱全摘除術を施行した.

陰茎癌に対する鼠径リンパ節郭清時に, ICG 蛍光血管造影による血流評価で術後の創部壊死を予防した 1例: 清家健作, 秋田和利, 高井 学, 堀江憲吾, 菊地美奈, 加藤 卓, 水谷晃輔, 安田 満, 横井 繁明, 仲野正博, 出口 隆 (岐阜大), 加藤久和 (同形成外科) 67歳, 男性. 2011年6月鼠径リンパ節腫大を伴った陰茎癌にて初診. 同年7月陰茎全摘および鼠径リンパ節郭を施行. 術中 ICG 蛍光血管造影による皮下の血流評価を行い, 血流障害に伴う術後の皮膚障害を予防しえた.

問診から想定しえた間質性膀胱炎の 1例: 鈴木孝尚, 大塚篤史, 松下雄登, 谷島崇史, 加藤大貴, 本山大輔, 松本力哉, 杉山貴之, 古瀬洋, 大園誠一郎 (浜松医大) 29歳, 女性. 2012年4月頃より左下腹部痛を主訴に他院泌尿器科を受診した. 左完全重複腎盂尿管・左尿管瘤を指摘され, 手術療法目的に当院へ紹介された. 問診より左下腹部痛は蓄尿時に生じることが判明し, 間質性膀胱炎を疑った. 膀胱鏡では拡張した左上半腎由来尿管の異所開口と尿管瘤とを近位尿道に認めた. 左下半腎由来尿管は通常の部位に開口していた. 膀胱内にハンナー病変は認めなかったが, 膀胱の拡張に伴い平滑筋バンドを認めた. 間質性膀胱炎の加療および膀胱尿管逆流症の精査目的で2012年11月に膀胱水圧拡張術・膀胱造影を施行した. 先天奇形に伴う尿路感染症を疑うことは妥当であるが, 痛みが蓄尿時痛であり, 間質性膀胱炎を想定できた. 問診から間質性膀胱炎を疑うことができなければ正しい診断に至らなかった可能性もある. 下腹部痛をきたす症例においては常に間質性膀胱炎を念頭に診察する必要がある. 問診の重要性を再認識させられる症例であった.

6種類の化学療法を実施した尿管癌の 1例: 仲島義治, 高田秀明, 日紫喜公輔, 公平直樹, 吉村耕治, 西尾恭規 (静岡県立総合) 54歳, 男性. 2006年より腹部膨満感自覚. 2009年5月, 検診で CA19-9 高値指摘. 同年6月, CT で膀胱上部に 10 cm の腫瘍を指摘され当科受診. 尿管癌と診断. 2009年8月尿管腫瘍摘出および膀胱部分切除術実施. 病理は mucinous adenocarcinoma の診断. 術後補助化学療法として S-1/CDDP 開始, 9コース実施. 2012年5月, CT で腹膜播種指摘. CEA, CA19-9 の上昇も認め, 尿管癌再発と診断. 2012年6月より, 1. S-1/CDDP 再開. 腫瘍マーカーは一時的減少するも再度上昇を認めたため, 以後, 2. paclitaxel, 3. FOLFOX6, 4. GC, 5. MEC, 6. CPT-11 と計6種類の化学療法を実施しえたが, 化学療法開始から2年4カ月後に癌死した. 尿管癌は稀な疾患であり, 遠隔転移を有する症例や再発症例に対する標準的な化学療法は確立されていない. 今回 S-1/CDDP や FOLFOX6, GC で腫瘍マーカーの低下が見られ一定の効果を認めたため, 進行尿管癌に対する治療の選択肢になりえる可能性が示唆された.

10年の経過で緩徐に増大した精索高分化型脂肪肉腫の 1例: 景山拓海, 曾我倫久人, 小倉友二, 林 宣男 (愛知県がんセンター) 69歳, 男性. 10年前から緩徐に増大する右陰嚢内腫瘍を主訴に紹介受診した. 腫瘍は無痛性で軟, 超音波検査で内部構造は均一であった. CT 検査で右陰嚢内に造影効果を有し内部に索状構造のある脂肪性腫瘍を認めた. 精嚢腫瘍マーカーはいずれも正常範囲内であった. 腫瘍は精嚢との境界が明瞭であったため, 精索由来の脂肪肉腫と診断した. 右精嚢の温存は困難と考え, 腫瘍を周囲脂肪組織および右精嚢精索と一塊にして合併摘出した. 欠損部は右大腿筋皮弁で充填した. 腫瘍径は 10×6 cm. 病理所見上, 成熟した脂肪様組織が增生し, クロマチンに富む核の混在が散見されたことから, 高分化型脂肪肉腫と診断した. 明らかな脱分化成分は認めなかった. 切除断端は陰性であり, 追加治療は行わず経過観察中である. 精索脂肪肉腫は比較的稀な疾患であり, 本邦での報告例を集計し文献的考察を加えて報告する.

精索脂肪肉腫の 1例: 守山洋司, 三輪好生, 藤広 茂 (岐阜赤十字) 症例は60歳代, 男性. 主訴は右鼠径部腫瘍. 1年前から右鼠径部に無痛性腫瘍を自覚していた. 腫瘍が増大, 排尿障害が悪化を認めたことから2013年2月当院を受診. 右鼠径部から陰嚢にかけて弾性硬, 手拳大の腫瘍を認めた. 直腸診で両葉に硬結を触知し, PSA は 240 ng/ml であった. 各種画像検査にて 16×8 cm の内部不均一で隔壁を有する脂肪主体の腫瘍を認めた. 前立腺癌は一部精嚢浸潤を認めた. 腹腔内とのあきらかな連続性は見られなかった. 精索脂肪肉腫を疑い, 高位精嚢摘除術・前立腺生検を施行した. 病理組織学検査にて前者は高分化型脂肪肉腫, 切除断端は陰性で, 後者は腺癌で Gleason スコア 4+4 であった. 前立腺癌に対して CAB 療法を開始した. 治療経過中に表在性膀胱癌を認め, TUR を施行した. 脂肪肉腫・前立腺癌は30カ月, 膀胱癌は6カ月間, 再発所見は認めない. これまで悪性腫瘍の合併例は6例, 重複癌の合併は2例目であった.

セルトリ細胞腫の 1例: 栃木宏介, 橋本好正, 山田幸隆 (市立四日市) 55歳, 男性. 無痛性左陰嚢腫大を主訴に2014年5月28日当院初診. 触診では左精嚢の可動性良好. 左精嚢内硬結を触れ, 超音波 Power Doppler 法で hyper vascular な不整な低エコー領域を認めた. マーカーは LDH 182 IU/l, AFP 5 ng/ml, HCGB 0.1 mIU/ml 以下と正常範囲内であった. 精嚢腫瘍の疑いで6月5日に腰椎麻酔下に左高位精嚢摘除術を施行した. 病理所見で pT1N0M0 悪性セルトリ細胞腫と診断された. 後治療は行わず厳重に外来経過観察中であるが, 術後12カ月現在再発転移を認めていない. 若干の文献的考察を加えて報告する.

子宮脱に間違えられた絞扼性尿道脱の 1例: 松井宏考, 永山 洵, 佐野友康, 山本茂樹, 鈴木弘一, 服部良平 (名古屋第一赤十字), 鈴木省治, 加藤久美子 (同女性泌尿器科) 87歳, 女性. 外陰部腫瘍と疼痛を主訴に近医を受診し, 子宮脱の診断で当院紹介. 内診で骨盤臓器脱はなく, 尿道全周が長径 2.5 cm 脱出, 硬化していた. 尿道脱切除術後, 狭窄や尿失禁の発生, 再発を認めていない.