

第229回日本泌尿器科学会関西地方会

(2015年5月23日(土), 於 薬業年金会館)

腎腫瘍核出術後10年目に腎周囲脂肪織に多発再発を認めた腎細胞癌の1例:尾張拓也, 山本与毅, 伊丹祥隆, 豊島優多, 中濱智則, 高田聡, 松本吉弘, 百瀬 均 (JCHO 星ヶ丘医療セ) 71歳, 男性. 2004年に左腎細胞癌に対して腎腫瘍核出術を施行. 病理結果は乳頭状腎細胞癌であった. 2012年のCT検査にて左腎外側に約13mm大の結節影を指摘. 2013年のCT検査にて結節影は22mm大に増大を認め, 局所再発が疑われた. MRI検査にて腎周囲脂肪織に多発結節, FDG-PET/CT検査で同部位にFDG集積を認めた. 腎腫瘍核出術後局所多発性再発に対して根治的腎摘除術および再発巣を含む腎周囲脂肪組織摘除を施行した. 病理結果は乳頭状腎細胞癌であり, 晩期局所再発と判断した. 術後6カ月が経過するが, 再発・転移は認めていない.

スニチニブによる可逆性後頭葉白質脳症を発生した腎細胞癌の1例:辻本成範, 福井真二, 中井 靖, 井上剛志, 影林頼明, 三馬省二 (奈良県総合医療セ) 64歳, 男性. 左腎癌 (G2, pT2, alveolar, clear cell, IFN, β , v-) に対し左腎摘術施行5年後, 胃体部大弯リンパ節転移が認められ, スニチニブの投与を開始した. 8コース目 (初回投与から24カ月目) に視野障害, 意識障害, 痙攣を認め, 救急搬送された. 血圧230/129mmHgと著明高値であり, 瞳孔不同および右共同偏視を認めた. 頭部CTでは出血や転移性脳腫瘍は認められなかったが, 頭部MRIで両側後頭葉優位に皮質下白質病変を呈し, 経過からスニチニブによる可逆性後頭葉白質脳症が疑われた. スニチニブの内服を中止し, 降圧剤および抗痙攣薬による対症療法にて臨床症状は改善し, 発症21日目の頭部MRIで白質病変の著明な改善を認めた.

術後良好な経過を辿っているペリニ管癌の1例:岡崎祐樹, 小熊一輔, 黒木慶和, 樹田周佳, 播本幸司, 西本憲一, 西川慶一郎 (府中) 48歳, 男性. 頸髄損傷による神経因性膀胱にて尿道留置カテーテル管理中, 肉眼的血尿を主訴に受診. 尿細胞診は陰性であったが, 造影CTにて左腎盂に4cm大の腫瘍を認め, 逆行性腎盂造影にて左腎盂上部に陰影欠損を認めた. 腎盂癌を疑い左腎尿管全摘術を開始したが, 迅速病理では腎癌の診断であり, 左腎摘除術に変更. 全摘標本での病理組織診断ではペリニ管癌 (pT1bN2M0, G2>3, INF β , v0, ly1) であった. 術後補助化学療法としてGEM+CBDCを3コース, GEM+CDDPを3コース施行し術後6年間経過しているが, 画像上再発, 転移の所見は認めない. ペリニ管癌は一般に予後不良とされているが, 本症例では化学療法が奏効し, 長期生存を認めている.

進行性腎細胞癌に対して集学的治療が奏功した1例:溝淵真一郎, 星山文明, 田中雅博 (大阪厚生), 松本哲平, 土居布加志 (同外科) 66歳, 男性. 肉眼的血尿と腰部痛で前医受診し, 造影CTで脾臓および腎臓に浸潤する左腎癌 cT4N1M1と診断され当科紹介. 術前補助療法は行わず, 脾臓および腎体尾部合併腎摘除術を施行. 病理所見はrenal cell carcinoma, grade 2, clear cell typeで腎への浸潤を認めなかった. 脾液瘻を合併し, 軽快後にスニチニブを投与したがgrade3の血小板減少, 出血性胃潰瘍のため継続投与できず, 2nd lineとしてアキシチニブを開始した. アキシチニブ投与によりCRとなり, 術後2年10カ月が経過した現在も再発, 転移を認めていない. 分子標的薬による術前治療は現時点で十分なエビデンスがあるとは言えず, 本症例では術後補助療法として使用し, 良好な結果が得られた.

IgG4関連腎症の1例:板東由加里, 岡村泰義, 奥野優人, 楠田雄司, 田口 功, 岡本雅之, 川端 岳 (関西労災) 66歳, 男性. 他院外科にて直腸癌術後, 経過観察中の腹部CTにて右腎に3cm弱の腫瘍性病変が出現. 腎癌の診断にて後腹膜鏡下右腎部分切除術施行. 病理組織診でIgG4陽性の形質細胞浸潤・花むしろ状の線維化を認め. 最終診断はIgG4関連腎症であった. IgG4関連腎症は多発造影不良域や腎腫大などびまん性間質病変を呈することが多いが, 稀に単発腎腫瘍の画像所見を呈することがあり, その場合乏血性腎癌と鑑別困難である. 本症例は術前からIgG4関連腎症を疑っていたものの, 血清

IgG4値が正常値であり初期診断に難渋したが, 腎部分切除術を行うことで腎機能保持と病理学的確定診断の両立が可能であった.

神経性食思不振症に合併した酸性尿酸アンモニウム結石の1例:佐野貴紀, 遠藤貴人, 三浦徹也, 吉行一馬, 結縁敬治, 山下真寿男 (神鋼記念), 木下佳久 (神戸赤十字) 28歳, 女性. 神経性食思不振症の既往あり. 2015年2月7日に右腰痛を主訴に前医受診し7mm大の尿管結石に伴う閉塞性腎盂腎炎の診断で右尿管カテーテル留置の上, 抗菌化学療法施行され, 結石治療目的で当科紹介. BMI10.2とるいそうあり, また緩下剤の乱用あり. 3月5日に右TUL施行. 結石は容易に砕石され, 合併症なく退院. 結石分析は98%以上尿酸アンモニウム結石(AAU). AAUは先進国では希な結石であり, リスクは, ①低栄養・脱水の持続, ②慢性尿路感染症, ③過尿酸血症がある. 本症例では緩下剤の乱用により慢性的な脱水, 電解質喪失が生じ, アルドステロンの分泌が亢進する. これにより細胞内アシドーシスを引き起こし, 過アンモニア尿となり, さらに脱水による高尿酸尿も加わり, AAUが発生したと考えられた.

移植腎結石に対してPNLを施行した1例:種田建史, 金光俊行, 林 哲也, 藤本宜正, 小出卓生 (JCHO 大阪) 54歳, 男性. 既往歴, 1型糖尿病. 2005年に生体腎移植, 2008年に臍移植. 2013年4月, 移植後の経過観察のため紹介受診. 初診時にKUB上2.5cmの移植腎結石を認め, 約1年で3.2cmまで増大したため砕石術の方針とした. 当初f-TULを予定したが尿管狭窄のため尿管鏡を挿入できず, PNLを2回施行してほぼ完全に砕石摘出した. 移植尿管結石の発生頻度は0.17~1.8%とされており, 最近ではPNL, TULの報告が多い. TULは低侵襲であるが, 通常の尿管と走行が異なり易可動性もあるため到達には技術を要する. 自験例では尿管狭窄も認めTULが困難であった. PNLは血管, 腸管損傷や腎機能障害のリスクがあるが, いくつかの報告でminiPNLはPNLの欠点を最小限に止められることから最も有効な治療法であるとされている.

腎盂Fibroepithelial polypの1例:白石祐介, 坂本茉莉子, 神野雅, 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) 34歳, 女性. 家族歴, 既往歴ともに特記すべき事項なし. 左下腹部痛, 頻尿を主訴に近医受診し, 腎盂腎炎の診断にて抗生剤加療された. その際に施行された造影CTにて左水腎症, 左尿管腫瘍を疑われ, 当科紹介受診となった. 逆行性腎盂造影にて左腎盂, 尿管に可動性のある粗大な陰影欠損を認めた. 左腎盂尿細胞診は陰性. 尿管鏡検査では, 腎盂に腫瘍径をもつ長く連なる非乳頭状のpolypを認め, 尿管鏡下生検を施行. 病理検査では悪性所見を認めなかった. 修正Valdivia体位にて尿管鏡補助下経皮的腎盂腫瘍切除術を施行した. 摘出標本は9cm大の表面平滑なpolypであった. 病理組織診断は, 腎盂fibroepithelial polypであった.

上部尿路上皮に発生した炎症性偽腫瘍の1例:大島純平, 木下竜弥, 鄭 則秀, 原田泰規, 岡 聖次 (国立大阪医療セ), 森 清 (同病理) 症例は81歳, 男性. 2010年右側の尿管結石と水腎症を指摘され当科初診. 右無機能腎と判断し経過観察していたが2013年右腰部痛が出現し受診した. 腹部CTで16mm大の右尿管腫瘍を認め, 3カ月後20mm大に増大. 画像所見より右尿管癌cT3N0M0と診断し後腹膜鏡下右腎尿管全摘除術を施行. 病理診断は炎症性偽腫瘍であった. 術後12カ月目の現在, 明らかな再発を認めていない. 上部尿路炎症性偽腫瘍の本邦報告は自験例を含め25例. このうち18例で癌の診断のもと腎もしくは尿管摘除術が施行されているが, 3例で生検の結果, 炎症性偽腫瘍と診断し2例で腎摘除術を回避できている. 炎症性偽腫瘍の診断における生検の有用性が示唆された.

乳癌術後20年経過し尿管転移した1例:前田 覚, 森本和也, 岩田裕之, 森川洋二 (市立伊丹), 二宮典子 (大阪市大) 62歳, 女性. 心窩部痛の精査目的で近医受診. 超音波検査で左水腎症が認められ, 2011年7月当院紹介. 造影CTで左下尿管に造影効果が認められる腫瘍性病変あり, 尿管鏡検査で尿管の全周性の肥厚が認められ, カ

テーテル尿の病理結果は陽性であった。以上から左尿管腫瘍(cT2N0M0)と診断、腹腔鏡下左尿管全摘術を施行した。病理組織検査では未分化癌と診断された。1年後左大腿骨痛が出現、骨シンチ、MRIで左大腿骨転移が認められ、他院整形外科で大腿骨頭置換術施行となる。病理組織検査にて乳癌の骨転移と判明、尿管腫瘍を再評価した結果、乳癌からの転移と判明した。

尿管癌術後に膣転移を認めた1例：山道 岳，谷川 剛，大草卓也，谷口 歩，岸本 望，髙原宏一，髙尾徹也，山口誓司 (大阪急性期医療セ) 69歳，女性。2013年6月に左尿管癌に対して尿管全摘除術を施行し病理結果はUC, high grade, pT3pN0であった。術後1年目に肉眼的血尿と貧血のため当科に入院となった。膀胱鏡検査で膀胱腫瘍からの出血を認めたため経尿道的膀胱腫瘍切除術を行ったが、術中に碎石位になった際に膣からの出血を認めたため膀胱鏡で観察すると膣壁に多発性乳頭状腫瘍を認めた。膣粘膜の生検結果はUC, high gradeであり、MRIでは膀胱腫瘍の膣への浸潤は認めず膀胱尿路上皮癌の膣転移と診断した。内視鏡的に膣腫瘍の完全切除が不可能であったため放射線治療を追加で行い、膣腫瘍は縮小した。尿路上皮癌が既往にある患者で膣からの出血を認めた際は膣尿路上皮癌も考慮する事が必要であると考えられた。

成人女性に発見された尿管癌を伴う完全重複腎盂尿管の1例：後藤裕文，西澤恒二，大西裕之 (滋賀県立成人病セ)，寺島 剛 (同病理)，牛田 博 (JCHO 滋賀)，石戸谷 哲 (大津赤十字) 26歳，女性。繰り返す膀胱炎症状で2013年10月近医を受診し、経過中に発熱、排尿後の膿汁流出などの症状を認め、腎盂腎炎として抗生剤で治療された。その際、腹部CTで右尿管癌を指摘され当科紹介となった。腹部CTでは嚢状に菲薄化した上半腎、巨大な尿管、尿管癌を認め、尿路造影ではWeigert-Meyerの法則に従った完全重複腎盂尿管を認めた。2014年1月经尿道的尿管癌切開術を施行したが、術後VURに伴う有熱性尿路感染を繰り返し、2015年2月腹腔鏡下右半腎摘除(後腹膜到達法)を施行した。病理組織所見では炎症細胞と硬化した糸球体のみ認められた。術後3カ月経過し、尿路感染の再燃は認めていない。

管外尿管狭窄に対するメタリックステントの使用経験：浅川純平，清水保臣，二宮典子，井口太郎，玉田 聡，仲谷達也 (大阪市大) 症例は60~70歳代，婦人科。消化器癌のリンパ節転移，腹膜播種による腎機能悪化3例。尿管ステント留置目的で当科コンサルトとなった。管外尿管狭窄に対して、従来は尿管ステントや腎瘻で対応していたが、今回より高い耐圧性を有するメタリックステントを導入した。従来の尿管ステントと比較し、挿入操作の安全性は遜色なく、留置後は速やかに腎機能は改善した。また長期間の使用面では従来のステントよりもメタリックステントが優れているとされており、交換間隔における患者のQOLに貢献する可能性が高い。なお生体適合性や尿動脈瘻の発生率に関しては観察期間、症例数において今後も検討が必要である。当院では今後も積極的にメタリックステントを使用していく。

腹腔鏡下腎盂切石術を施行した馬蹄腎の1例：若宮崇人，倉本朋未，山際健司，稲垣 武 (紀南)，青枝秀男 (日高総合) 71歳，男性。2014年6月，下腹部痛を主訴に前医を受診し、馬蹄腎に合併した左腎結石と診断された。同年7月に当科紹介受診。精査で左腎外腎盂に22×12mm大の結石を認めたが、DIPで明らかな尿路狭窄は認めず。解剖学的異常に伴う結石であることから単回治療によるstone freeをめざし腹腔鏡手術を選択した。術後は残石なく無再発で経過観察中である。馬蹄腎に合併した結石に対する明確な治療方針は現時点で示されていないが、自験例をふまえ腹腔鏡下手術の適応は、PUJ狭窄を伴い腎盂形成術が必要な場合、結石数が少ないこと、碎石不要で摘出が容易であることなどと考える。腹腔鏡アプローチは馬蹄腎結石に対して有効な治療選択の1つであると思われる。

分子標的薬治療中に増大した転移巣のみ切除を行った転移性腎癌の1例：大西健太，岩本崇史，伊丹祥隆，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) 63歳，男性。2007年6月に健診で右肺野に異常陰影を指摘され当院内科を受診。CTで左腎細胞癌肺転移が疑われ当科を紹介受診。根治的左腎摘除術後、胸腔鏡補助下肺葉切除術を施行。病理診断はともにclear cell carcinomaであった。

術後に左肺結節を認めたが、切除困難でアジュバントのIFN治療を行い、経過をみていたが、2012年12月に肉眼的血尿出現。CTで左尿管断端に腫瘍を認め、尿管鏡下生検でclear cell carcinomaの病理診断であった。また、同時期に右副腎腫瘍が出現し、2013年1月より分子標的薬を開始。投薬開始後、左肺・右副腎転移巣はSDであったが、遺残尿管腫瘍のみが増大傾向を示し、2014年4月に遺残尿管摘除術を施行。術後、分子標的薬を継続し、左肺・右副腎転移巣はSDを維持している。

膀胱タンポナーデを繰り返した両側腎静脈内血栓症の1例：佐藤克哉，原田健一，村蒔基次，石村武志，田中一志，三宅秀明，藤澤正人 (神戸大)，山口雅人 (同放射線) 22歳，女性。既往に全身性エリテマトエデス(SLE)、ループス腎炎あり。主訴は肉眼的血尿・尿閉。膀胱タンポナーデを繰り返し、輸血が必要な状況に陥った。CT検査にて左尿管周囲に屈曲蛇行した静脈の発達を認めた。血管造影検査にて両側腎静脈内に血栓が原因と考えられる閉塞を認め、側副血行路として左尿管周囲の静脈の発達を認めた。その尿管周囲の静脈から尿管内へ血流が穿破することにより、血尿が生じている病態と考えた。左腎静脈の血栓閉塞部にステントを留置することで、左腎静脈内に血流が見られるようになり、尿管周囲の静脈への血流が減少した。以後膀胱タンポナーデを発症しなくなり、緊急の腎臓摘出術を免れた。

前立腺線維性腫瘍の1例：吉川勇希，辻野拓也，松永知久，内本泰三，齋藤賢吉，高井朋聡，反田直希，高原 健，平野 一，稲元輝生，能見勇人，木山 賢，東 治人 (大阪医大) 71歳，男性。2014年の検診でPSA高値(5.770 ng/ml)を認め、CT施行。巨大前立腺認め前立腺癌疑い、膀胱腫瘍疑いで当院紹介受診。既往歴、認知症。骨盤部MRI、膀胱内に突出している前立腺部にDWI高信号域を認める。経会陰生検、円形~短紡錘形の核を有する腫瘍細胞を認める。免疫染色、CD34陽性、STUMPs/o。手術、開腹前立腺全摘除術と同じ方法でアプローチ、後腹膜腔に巨大前立腺を認め切除した。病理(マクロ)、前立腺と前立腺に隣接した腫瘍、病理(ミクロ)、前立腺は前立腺癌と診断。隣接腫瘍は紡錘形細胞の増殖を認めた。免疫染色、CD34陽性、bcl-2陽性。線維性腫瘍と診断した。本症例は前立腺癌、前立腺に隣接した線維性腫瘍を併発した1例であった。

勃起に伴いClot retentionを繰り返した尿道血管腫の1例：濱田彬弘，八田原広大，小山梨恵，増井仁彦，七里泰正 (津市民)，平山和秀 (京大) 73歳，男性。勃起後の肉眼的血尿、排尿困難感を主訴に当科を受診。出血源を特定できず経過観察としていたが、3カ月後よりclot retentionを繰り返した。塩酸パペリン局注勃起状態下での尿道ファイバースコープで精阜と外尿道括約筋の間に易出血性の無茎性腫瘍を認め、焼灼により止血。その後血尿再燃し、経尿道的尿道腫瘍切除術を施行。病理結果は尿道血管腫の診断であった。本疾患は勃起中、勃起直後にしか観察できないことがあり、今回勃起状態を再現して観察したことが診断に有効であったと思われる。尿道血管腫の病態の考察に関しては定まったものがなく、血管芽細胞の胎児期遺残によるとする説や、勃起時静脈圧上昇によるとする説があり、勃起時の機械的刺激により血管腫が破綻し、出血に至ると考えられた。

副腎癌術後再発に対し、転移巣切除が有効であった1例：中本喬大，矢西正明，速水悠太郎，田口 真，吉田 崇，谷口久哲，三島崇生，吉田健志，増田朋子，駒井資弘，安田鐘樹，杉 素彦，木下秀文，松田公志 (関西医大附属枚方) 48歳，女性。左副腎腫大に対し、腹腔鏡下左副腎摘除術を施行。病理はadrenocortical carcinomaであった。術後6年間で、副腎床、肝臓および肺に再発し、転移巣切除を3回施行。以降、2年間再発なく経過している。

後腹膜に発生したAggressive angiomyxomaの1例：清水保臣，二宮典子，浅川純平，岡村太裕，任 起弘，山崎健史，井口太郎，玉田聡，仲谷達也 (大阪市大) 46歳，女性。主訴は頻尿。乳腺腫瘍の術前CTで骨盤内に長径14cmの腫瘍を認め、骨盤内臓器への浸潤を認めた。経皮的生検を行ったが確定診断は得られず、後腹膜原発の肉腫などを疑い腫瘍摘出術を施行した。病理結果はaggressive angiomyxomaであった。Aggressive angiomyxomaは外陰部や骨盤内から発生する、局所浸潤や再発性を特徴とする比較的稀な軟部腫瘍である。泌尿器科領域での報告は少なく、若干の文献的考察を加えて報告した。

硬膜外麻酔下で膀胱部分切除術を施行した膀胱憩室扁平上皮癌の1例：加藤敬司，植村俊彦，伊藤克弘，上戸 賢，植村祐次，川西博晃，奥村和弘（天理よろづ） 75歳，男性。肉眼的血尿を主訴に受診。造影CTで膀胱憩室腫瘍を認め精査・加療目的で入院。まずTURBTを行い，内視鏡を膀胱内に挿入すると膀胱後壁左側に憩室口を認め，内部にさらに憩室口を認めた。その内部に結節型の腫瘍を認め，TURの結果，扁平上皮癌 pT1, low grade の診断であった。根治的膀胱全摘除術を考慮したが，既往に重症の間質性肺炎があり全身麻酔が困難であるため，覚醒状態での膀胱部分切除術を選択した。手術時間は1時間46分で術中特に合併症なく進化した。麻酔は呼吸循環抑制がなく鎮静可能なプレセデックス®を併用した。膀胱憩室の形状がいびつであったため経尿道アプローチによるライトガイドを使用し周囲の剥離を行った。病理は扁平上皮癌 pT3b の診断であった。膀胱憩室扁平上皮癌は術後補助療法が有効であるというエビデンスがないため追加治療は行わず経過観察の方針とした。術後10カ月現在，膀胱鏡，CTで再発を認めていない。

膀胱鏡を併用した単孔式腹腔鏡下膀胱部分切除術を施行した膀胱 Paraganglioma の1例：広田竜一，水流輝彦，前田航規，城 文泰，永澤誠之，和田晃典，瀧本啓太，吉田哲也，上仁数義，影山 進，和田充弘，河内明宏（滋賀医大），岡田裕作（野洲） 症例は41歳，女性。排尿時の頭痛・動悸を主訴に近医受診。エコーと膀胱鏡検査にて膀胱腫瘍を認め，精査加療目的に当科紹介となった。排尿時血圧が著明に高値であり，血液・尿生化学でノルアドレナリンの高値，MIBGシンチで膀胱頂部に異常集積を認め，膀胱 paraganglioma と診断し，膀胱鏡（気膀胱）併用単孔式腹腔鏡下膀胱部分切除術を施行した。膀胱鏡を併用することで切除断端の確認，膀胱粘膜の確実な縫合が可能であった。手術中血圧変動も認めなかった。膀胱鏡（気膀胱）を併用することで，効率よく安全に手術施行が可能であった。

胃利用膀胱拡大術後に発生した進行性膀胱腺癌の1例：河野有香，寺田直樹，高島 靖，樋上健介，飛田卓哉，後藤修平，砂田拓郎，岡田能幸，柴崎 昇，根来宏光，小林 恭，山崎俊成，松井喜之，井上貴博，神波大己，小川 修（京都大） 30歳代，女性。幼少時の外傷性尿道損傷に対して，9歳時に胃利用膀胱拡大術，禁制膈ストマ造設術を施行。術後20年目に肉眼的血尿と水腎症が出現した。膀胱鏡およびCTで外腸骨・閉鎖リンパ節転移を伴う膀胱腫瘍を認めた。腫瘍生検の結果は印環細胞を伴う腺癌であった。TS-1 とシスプラチンによる化学療法後に膀胱全摘除術およびリンパ節郭清術を施行。腫瘍は吻合部から固有膀胱にかけて存在し，神経内分泌分化を伴う腺癌との病理結果であった。膀胱癌に準じて ypT3bN2 の診断とし，術後は再発のリスクを考慮して TS-1 の内服を継続。現在まで9カ月間再発を認めていない。

肝腎機能障害により治療に苦慮した精巣腫瘍ノセミノーマ肝転移の1例：木枕 舞，阿部豊文，中野剛佑，関井洋輔，河嶋厚成，角田洋一，氏家 剛，永原 啓，福原慎一郎，藤田和利，植村元秀，木内寛，今村亮一，宮川 康，野々村祝夫（大阪大） 25歳，男性。2013年9月右陰嚢部痛を自覚。同年11月右陰嚢部痛の増強および上腹部痛を認め前医受診。画像診断上，右陰嚢内腫瘍，肝腫瘍，肺腫瘍を認め，著明な肝腎機能障害の進行もあり当院へ転院搬送となった。AFP 高値であったが，後腹膜リンパ節転移なく肝転移を有する精巣腫瘍は非典型的と考え，精巣および肝生検を施行するも病理診断は得られず，全身状態悪化のため精巣腫瘍として化学療法を開始した。肝腎機能障害の程度に応じて薬剤投与量を減量，腫瘍崩壊症候群による腎機能の悪化を防ぐために持続的血液濾過透析を併用した。化学療法開始後，速やかに肝腎機能は改善し，8日目に高位精巣摘除術施行。病理診断は卵黄囊腫瘍であった。BEP 療法4コース，TIN 療法5コース施行後，AFP は陰性化，肺転移は消失。残存する肝転移に対し肝左葉切除術施行，viable cell は認めなかった。術後11カ月経過した現在，再発を認めていない。

後腹膜および骨盤鼠径リンパ節転移に対して二期的に郭清術を施行した精巣腫瘍の1例：井口孝司，上田祐子，村岡 聡，小池幸幸，山下真平，射場昭典，吉川和朗，松村永秀，柑本康夫，原 勲（和歌山県立医大） 51歳，男性。左陰嚢内容の腫大を自覚。3カ月前から急激に増大を認めたため，近医泌尿器科を受診後，当院当科紹介受診となった。左精巣摘除術を施行（3,400g）。病理検査の結果，非セミ

ノーマと診断。また，術前CTで後腹膜および骨盤鼠径部にリンパ転移を認めていたことから，stage IIb, good prognosis とし，BEP 療法施行。その後，後腹膜部，骨盤鼠径部の順に二期的にリンパ節郭清術を施行した。後腹膜リンパ節郭清時に左尿管癒着が激しく，単純左腎摘出術を余儀なくされた。また，骨盤鼠径リンパ節郭清の際には鼠径部組織の広範囲切除を必要とし，右腹直筋弁形成術を施行した。手術侵襲は大きくなったものの残存リンパ節の完全切除が可能であった。

再発診断に LDH 分画が有用であった精巣腫瘍の1例：田島基史，藤井将人，松本敬優，眞鍋由美，伊東晴喜，三品陸輝，奥野 博（京都医療セ） 38歳，男性。2年前より右精巣の腫大を自覚。既往歴：アトピー性皮膚炎。来院時，右精巣は10cmに腫大，LDH 1,128 IU/L, AFP・HCG-β は正常。2011年11月高位精巣摘除術施行。組織型はセミノーマであった。pT1N0M0 stage IS の診断で放射線療法を追加。LDH は術後1カ月以内に正常化した。徐々に上昇。2014年12月のCTにて両側腋下行リンパ節の腫脹を認め，転移を疑われた。PET でも同部位に集積を認めた。両側性であることから全身性疾患による反応性腫大も考え LDH 分画を確認。精巣腫瘍で見られる LDH 1 ではなく 4・5 分画の上昇を認め，アトピー性皮膚炎の増悪による LDH 上昇と考えた。LDH 上昇時の鑑別に分画測定は有用と考えられた。

原発性肺癌として治療経過中に膀胱癌が発見された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） 81歳，男性。原発性肺癌に対して化学療法施行中に頻尿，排尿時痛を認めたため他院泌尿器科を受診。超音波にて膀胱癌が疑われ当科紹介となった。精査の結果，浸潤性膀胱癌と診断。重複癌として原発性肺癌に対しては化学療法を継続し，膀胱癌に対しては放射線治療を行うも膀胱癌が増悪を認め，永眠された。病理解剖を行い，結果は膀胱癌，膀胱癌肺転移，肺門リンパ節転移であった。

後腹膜に発生した動脈奇形の1例：王 聡，武田 健，芝 政宏，高山仁志（市立堺），棟方 哲（同病理） 67歳，女性。腹痛精査のため他院で施行された腹部CT検査で偶然に右腎門部背側に腫瘍を認め，精査加療目的にて当科を紹介受診。腹部造影CT・MRI 検査では同部位に濃染される32mm大の後腹膜腫瘍を認めた。悪性腫瘍の可能性が否定できなかったため，開腹にて後腹膜腫瘍摘除術を施行した。腫瘍は軟らかく，褐色で周囲との癒着を認めず，右性腺静脈と一塊となっていた。腫瘍内部は血液で充満しており，性腺静脈が上下で交通していた。病理組織学的所見では拡張した静脈周囲に多数の小血管の集積を認め，小血管の壁の厚さは様々で変形しており，動脈奇形と診断された。

膜様部尿道断裂の1例：橋本貴彦，嶋谷公宏，長澤誠司，山田祐介，東郷容和，鈴木 透，呉 秀賢，兼松明弘，野島道生，山本新吾（兵庫医大） 30歳代，男性。バイクで走行中に事故で受傷され，尿道損傷の疑いで当院へ搬送。尿道造影し，膜様部尿道損傷と診断し，膀胱瘻造設，バイタル安定しており，早期に内視鏡的修復施行。約1カ月後に尿道カテーテル抜去したが，尿道狭窄を認め，自排尿不可であった。その約7カ月に開放尿道形成術施行。術後3週間で造影検査施行し，排尿問題なく尿道カテーテル，膀胱瘻を抜去した。

経皮的陰茎動脈塞栓術にて止血を得た尿道出血の1例：林 裕次郎，河嶋厚成，角田洋一，阿部豊文，氏家 剛，永原 啓，福原慎一郎，藤田和利，植村元秀，木内 寛，今村亮一，野々村祝夫（大阪大），斎藤哲也，戸田宏一（同心臓血管外科），岸本健太郎，大須賀慶悟（同放射線） 症例は53歳，男性。急性心筋梗塞，経皮的冠動脈形成術後に体外式補助人工心臓（LVAD）を導入。抗凝固療法施行中に輸血を必要とするコントロール不良な尿道出血が出現したため，当科紹介受診。LVAD 回路内血栓予防のために抗凝固療法は不可欠で，将来的な LVAD 植込み手術時にはさらに強力な抗凝固療法も必要となり，尿道カテーテル留置のみではコントロール困難であると予想された。造影CTで球海綿体への動脈瘻を認めたため，動脈造影を行い生体吸収性ゼラチンスポンジで責任動脈であった左陰茎動脈を選択的に塞栓した。その後は尿道出血の再発なく，LVAD 植込み手術も無事終了した。

尿道狭窄に対して口腔粘膜を移植し、排尿良好となった1例：橋本 士，安田宗生，田原秀男（耳原総合），松井 太（大阪府立母子保健総合医療センター） [症例] 46歳，男性。[既往歴] 13歳時に尿道下裂に対して中国国内で2期的な尿道形成術を施行。[現病歴] 2カ月前からの尿線狭小を主訴として当科受診した。尿道造影にて振子部に狭窄を認めた。尿道狭窄部の背側を縦切開し口腔粘膜をパッチとして縫着させ、尿道形成を行った（dorsal onlay 法）。その後、明らかな再狭窄を認めていない。[考察] 難治性尿道狭窄症に対して dorsal onlay 法による尿道形成術は有効性の高い術式と考えられた。

精液瘤捻転の1例：直井牧人，大塚憲司，谷 満，吉田宏二郎，仲川嘉紀（大和高田市立） 症例：19歳，男性。[臨床経過] 左急性陰嚢症で搬送。自発痛は軽度で左陰嚢に圧痛と軟部腫瘍あり。超音波検査では左陰嚢内に3cm大の嚢胞あり、さらに精巣上体と嚢胞の間に索状物がねじれたとおぼしき小結節を認めた。また、精巣の血流は良好であった。手術が施行され、術中所見では左精巣上体から発生した精液瘤が細い茎を伴い突出しており、嚢胞茎が捻転し嚢胞は壊死していた。術前の超音波で指摘された小結節は細い嚢胞茎が捻じたものと判明した。[考察] 精液瘤捻転は稀な疾患である。精索捻転との鑑別が難しいが、超音波検査が術前診断に有効かもしれない。

精索平滑筋肉腫の1例：大草卓也，石津谷 祐，波多野浩士，中井康友，中山雅志，垣本健一，西村和郎（大阪成人病センター），目黒則男（目黒クリニック） 61歳，男性。右陰嚢内容腫大にて近医受診。精巣腫瘍疑いにて当科紹介となり、高位精巣摘除術を施行。精巣を圧排する8cm大の精索腫瘍を認め、精索平滑筋肉腫と診断。術後精査にて明らかな転移巣は認めなかった。精索断端は陰性であったが、周囲断端に関しては露出を否定できず。放射線治療、化学療法といった追加治療を考慮するも本人の希望もあり経過観察とした。術後8カ月目のCT検査にて、平滑筋肉腫多発肺転移を認め、分子標的薬による追加治療を提案するも希望されず、経過観察とした。

前立腺結石の一部が膀胱内へ移動し、排尿障害を来した1例：上田 勉，大北恭平，西田 剛，松浦 健（松原徳洲会） 44歳，男性。肉眼的血尿，尿勢低下，残尿感で2014年6月2日当科初診。5歳時、側弯症に対して手術。36歳時、膀胱結石症に対して経尿道的碎石術。KUBで恥骨結合付近、またその尾側左右に結石様陰影。CTでも膀胱頸部、前立腺左葉、右葉それぞれに結石陰影が認められたが、膀胱鏡では結石は膀胱頸部に1個認めるのみであった。前立腺尿道には、TUR-P後のような空洞を認めた。膀胱結石による排尿障害と診断し、同年7月1日、経尿道的碎石術施行。その後、特変なく経過していたが同年12月、尿勢低下の訴えあり。KUB、膀胱鏡検査より前立腺左葉の結石が膀胱内へ移動したと考え、本年1月26日、経尿道的碎石術を施行。このとき同時に前立腺右葉の一部を切開し、右葉の結石も摘出、碎石した。文献的考察を加えて報告する。

癌性髄膜炎を来した前立腺小細胞癌の1例：松村健太郎，武山祐士，呉 偉俊，大町哲史（ベルランド総合），米田玄一郎（同病理） 64歳，男性。尿閉を主訴に2013年7月に当科受診。PSAが208であり、前立腺生検を施行したところ腺癌（Gleason score：5+4=9）と小細胞癌の混合癌であった。NSEは130と高値。画像検査にてリンパ節転移、多発骨転移、脾転移を認め、前立腺癌（cT4N1M1c）と診断。CAB療法およびetoposideとcarboplatinによる化学療法を6コース施行。前立腺に対し姑息照射（計39Gy，3Gy/回）を行った。腫瘍マーカーは陰性化し画像上もPRであったが、2014年3月に呂律困難、歩行障害にて来院。頭部MRI（FLAIR画像）では小脳溝に沿った高信号を認め、髄液検査にて小細胞癌が検出され癌性髄膜炎と診断した。全身状態が不良のため家族も積極的な治療は希望されず、ステロイドの投与を行うも徐々に意識障害が進行し入院後36日目で永眠された。前立腺癌による癌性髄膜炎は稀であり、われわれが調べた限り本邦8例目であった。

VP-16, CBDCA 療法が有効であった前立腺小細胞癌の2例：弓場 寛，洪 陽子，岡田宜之，佐藤元孝，任 幹夫，辻畑正雄（大阪労災） 症例1：76歳，男性。頻尿，尿勢低下を主訴に近医泌尿器科を受診。PSA高値を認め当科紹介。前立腺癌cT3aN0M1b，GS4+5=9と診断しMAB療法を開始。2年9カ月後、腎後性腎不全が出現。NSE高値を認め、再生検にて前立腺小細胞癌と診断。VP-16,

CBDCA療法を開始。CT上PR，NSE低下を認めた。症例2：84歳，男性。前医にて前立腺癌と診断。RTとMAB施行されていたが、膀胱タンポナーデとなり当科紹介。TUC，TU-biopsy施行し、前立腺小細胞癌膀胱浸潤であった。cT4N1M1aと診断。Pro GRP高値であった。同療法施行。CT上PR，Pro GRP低下。上記2例を経験し、若干の文献的考察を加えて報告する。

不明熱で発見された前立腺原発尿路上皮癌の1例：洪 陽子，今中 岳洋，辻村 剛，金城孝則，野村広徳，吉岡 巖，高田晋吾（大阪警察），吉田研一，安岡弘直（同病理診断科），山本致之（大阪大） 72歳，男性。2014年1月より発熱・倦怠感が出現。感冒として治療されるも改善なく、精査のCTにて前立腺腫瘍を指摘され同年2月当科紹介となった。血液検査では炎症所見が亢進。血尿はなく尿細胞診は陰性で、腫瘍マーカーの上昇も認めなかった。前立腺針生検にて尿路上皮癌が疑われた。尿路内には腫瘍性病変を認めず、前立腺原発尿路上皮癌と診断した。同年4月膀胱前立腺尿道全摘、回腸導管造設術を施行した。病理組織診では前立腺周囲脂肪織への浸潤があったが、膀胱・前立腺部尿道には尿路上皮癌の像はなく前立腺原発尿路上皮癌pT3aN0M0の診断となった。術前高値であったIL-6は低下し、炎症所見も陰性化した。現在再発なく経過している。

膀胱前立腺摘除術を施行した嚢胞形成性前立腺導管腺癌の1例：上田祐子，村岡 聡，井口孝司，小池宏幸，山下真平，射場昭典，吉川和朗，松村永秀，柑本康夫，原 勲（和歌山県立医大） 75歳，男性。10年前に脳梗塞の既往。排尿困難とPSA105ng/mlと高値を主訴に受診。画像上、膀胱内に突出する多房性嚢胞性前立腺腫瘍を認め、経直腸的前立腺針生検を施行するも悪性所見はなく、経尿道的切除生検を行い前立腺導管腺癌cT1cN0M0と診断。嚢胞を含む前立腺全摘除術の適応と考えられたが、嚢胞と膀胱の剥離困難のため、膀胱前立腺摘除術を施行した。摘出標本では膀胱頸部への浸潤を認めpT4N0M0であった。術後7カ月現在、PSAは0.01まで低下し再発なく経過している。嚢胞形成性前立腺導管腺癌に対して膀胱前立腺摘除術を施行した例は少なく、若干の文献的考察を加えて報告する。

尿管閉塞を伴った膀胱平滑筋腫の1例：松江泰佑，小林裕也，出口隆司，園田哲平，青山真人，中村敬弘，伊藤哲二（PL） 症例44歳，男性。左背部痛を主訴に当科受診。血液検査でCr1.08ng/dlと軽度の腎機能障害を認めた。尿沈渣，尿細胞診は正常。MRI T1・T2ともに低信号で内部均一、造影CTで乏血性の6cm大の膀胱粘膜下腫瘍を認めた。左腎瘻造設ならび尿管ステント留置，TUR生検施行。尿管ステントは圧排により機能しなかった。膀胱平滑筋腫との診断で下腹部正中切開および膀胱正中切開施行。膀胱三角部を露出し、腫瘍上の膀胱粘膜を切開したところ腫瘍と粘膜、筋層の間の剥離は容易であり、腫瘍核出後の膀胱筋層、粘膜欠損部はほとんど尿管口も温存した。術後1カ月で尿管ステント抜去、術後3カ月の膀胱鏡検査では尿管口は閉存し水腎症は消失していた。同日施行したMRIでも再発を認めなかった。

尿管管に発生したLow grade mucinous neoplasiaの1例：窪田成寿，山下寛人，金 哲将（公立甲賀） 74歳，女性。2003年8月に頻尿を主訴に初診。膀胱炎として加療された。以後反復するため2010年7月、腹部CTを施行。右卵巣嚢腫および膀胱頸部側に径7cm大の不整な嚢胞性病変を認め、左傍卵巣嚢腫が疑われた。婦人科で経過観察され、2014年11月に手術を施行。膀胱頸部の嚢胞性病変は腹膜前面に存在し、正中臍索と連続していた。尿管管腫瘍と診断し、膀胱部分切除術を施行。病理結果はlow grade mucinous neoplasiaであった。術後6カ月、再発を認めていない。本疾患は境界悪性腫瘍に分類される稀な病態であり、局所再発や腹膜偽粘液腫合併の可能性が示唆されている。尿管管癌の前段階とされ、早期の切除が肝要だが本症例のように術前診断が困難な症例も多い。若干の文献的考察を加えて報告した。

心臓転移による心タンポナーデを来した尿管管癌の1例：安食 淳，加藤峰之，中河秀生，大西 彰，牛嶋 壯，宮下浩明（近江八幡医療センター），細川洋平（同病理），林 一誠，伊達成基（長浜市立湖北） 39歳，男性。2012年7月頃に肉眼的血尿・下腹部痛を自覚。2013年1月に検診で尿潜血を指摘され精査目的に当科初診となった。尿管管癌多発リンパ節転移（Sheldon 分類stage IVB）と診断。胃癌レジメンに準じてCDDP+TS-1療法を行った。一旦奏功するも化学療法開始が

ら1年7カ月でPD、心タンポナーデによる心不全を来し緊急心臓穿刺施行した。心嚢液細胞診class Vであり心膜転移と診断、心嚢ドレナージを行い一旦全身状態改善した。2次化学療法を検討したが、病勢悪化したため癌死した。本例は心膜転移を伴った尿管管癌として非常に稀な症例であり文献的考察を加え報告する。

膀胱原発悪性リンパ腫の1例：嶋津裕樹，村蒔基次，石村武志，日向信之，三宅秀明，田中一志，藤澤正人（神戸大），原重雄（同病棟） 72歳，女性。左卵巣嚢腫にて近医婦人科フォロー中、エコー検査にて膀胱腫瘍指摘されたため当科受診。TUR-BTを施行した結果、病理検査にてCD20陽性であり、その他の抗体は陰性で、腫瘍性濾胞も存在していることより、B細胞性濾胞性リンパ腫と診断した。種々の検査を施行したが、他臓器転移はなく、骨髄穿刺でも悪性所見なかったために膀胱原発と診断した。限局期であったために、放射線区域治療を開始して、腫瘍は縮小を認めている。

膀胱肉腫様癌と濾胞性悪性リンパ腫の同時性重複癌の1例：山口泰広，吉井貴彦，山中邦人（明石市民） 79歳，女性。1カ月前からの頻尿・下腹部膨満のため受診。膀胱鏡検査で膀胱に充満する巨大な腫瘍を認め、CTにて後腹膜および鼠径部に多発リンパ節腫大を認めた。TURBTおよび鼠径リンパ節生検を施行し横紋筋肉腫および濾胞性悪性リンパ腫の診断を得た。膀胱部分切除を施行したところ、摘出腫瘍に上皮成分を認め最終病理診断は膀胱肉腫様癌へ変更された。退院3カ月目より濾胞性悪性リンパ腫に対しリツキシマブの単独治療を開始しすべてのリンパ節腫大が縮小した。リンパ節転移で矛盾しない画像所見であっても重複癌を念頭に容易な部位での生検を考慮することも重要であると考えた。

回腸利用新膀胱に発生した悪性リンパ腫の1例：堀田俊介，齋藤友充子，松ヶ角透，平山きふ，竹内一郎，中ノ内恒如，三神一哉（京都第一赤十字），岩井俊樹（同血内），平原直樹（きづ川），佐藤暢（桃仁会），鈴木啓（公立山城） 78歳，男性。膀胱癌に対し膀胱全摘・回腸利用新膀胱造設術後14年目に肉眼的血尿が出現。その後両側水腎症，新膀胱壁肥厚を認め当院紹介。採血では可溶性IL-2レセプター異常高値，尿細胞診はクラスVであった。生検病理結果はびまん性大細胞型B細胞リンパ腫で、PETで他部位に病変を認めなかったため、新膀胱原発と診断した。その後THP-COP-R療法を施行し、2コース終了時点で腫瘍の縮小、マーカーの低下を得ている。尿路変向に利用した回腸に発生した悪性リンパ腫は今までに3例の報告があるが、新膀胱に発生した報告は本症例が初となる。

膀胱憩室内に発症したNephrogenic adenomaの1例：豊田信吾，沖貴士，辻秀憲，江左篤宣（NTT大阪） 83歳，男性。膀胱憩室を伴う前立腺肥大症に対し薬物治療中、CISを認めBCG（日本株）80mg膀胱内注入療法を8回施行した。憩室内残尿は40mlであり導尿を施行しても排出困難であったためBCG後の導尿は行わなかった。その後膀胱鏡検査にて経過観察を行っていたが術後12カ月の膀胱鏡検査にて憩室内を中心とする多発性膀胱腫瘍を認めた。尿細胞診はclass II。このため再度TURBTを施行し、病理結果はnephrogenic adenoma (NA)であった。NAは膀胱粘膜固有層もしくは粘膜下層に腎臓の尿細管に類似した細胞成分が管腔状もしくは乳頭状に増殖する状態である。NAは障害を受けた膀胱粘膜に尿管管上皮がimplantationしたとする説が注目されている。本症例ではBCG膀胱内注入療法によるBCG液の憩室内貯留を原因とする慢性炎症によるものと考えられた。

膀胱内異物の1例：栗林宗平，葛原宏一，山道岳，大草卓也，谷口歩，岸本望，谷川剛，高尾徹也，山口誓司（大阪急性医療セ） 60歳，男性。主訴は発熱，倦怠感。これまで3度の膀胱内への異物挿入歴があり、2度の開腹膀胱異物摘出術および1度の経尿道的異物摘出術を施行されている。2013年5月、釣り具を外尿道口より挿入し、そのまま放置していた。8カ月後に発熱，排尿時痛および倦怠感を認め前医受診。膀胱異物の診断で精査加療目的に当科紹介となった。異物は振子部尿道から膀胱にかけて存在、また異物の膀胱側には2.5×6cmの結石が付着しており、経尿道的摘出試みるも困難であったため、開腹膀胱異物摘出術を施行した。尿道内の異物も膀胱側から一塊に摘出した。術後経過は良好であり、第15病日に退院となった。膀胱異物挿入の多くは自慰あるいは性戯によるものであるが、精神異常を合併していることもあり、その鑑別も必要となる。

下部尿路症状を伴った骨盤内リンパ管腫の1例：齋藤友充子，内藤泰行，山田恭弘，藤原敦子，大石正勝，納谷佳男，鴨井和実，沖原宏治（京都府立医大），文野誠久，古川泰三，田尻達郎（同小児外科） 8歳，男児。下腹部痛，頻尿のため近医受診。CTにて最大62×22mmの内部均一な骨盤内多発囊胞性病変を認めたために当院紹介受診。膀胱造影で、膀胱は腫瘍により圧排されており、左側に変位していた。CT上、リンパ管腫が疑われ、発熱や下部尿路症状を認めたため、腹腔鏡下腫瘍摘出術を予定した。術中所見にて、腫瘍の背面から尾側と周囲組織との間に強固な癒着を認めたため、全摘は断念し開窓術を行った。囊胞天蓋を切開し開窓、囊胞壁を切除し病理診断に提出。結果はリンパ管腫であった。術後CTでは囊胞性病変は著明に縮小、膀胱への圧排は軽減し下部尿路症状の改善も認めた。