

学会抄録

第235回日本泌尿器科学会関西地方会

(2017年6月24日(土), 於 関西医科大学)

悪性褐色細胞腫の1例: 北風宏明, 大草卓也, 松下 慎, 岡田統一, 森 直樹, 宮川 康, 吉岡俊昭(住友) 39歳, 女性. 2013年8月に造影CTで13cm大の左副腎腫瘍を指摘され当科を紹介受診. ¹²³I-MIBG シンチで腫瘍辺縁に高集積を認め褐色細胞腫が疑われた. 臨床症状・機能性は認めなかった. 2013年11月に開腹左副腎摘除術を施行, 摘出重量は562g, 病理組織と併せて無症候性褐色細胞腫と診断. GAPP分類ではscore: 5点 moderately differentiated typeであった. 2014年12月に右肺転移の出現あり切除, 悪性褐色細胞腫による肺転移と診断. 2016年3月に両肺転移の再発あり切除. 2017年1月にも両肺の微小結節影の出現を認めたが, 無症候性・無機能性であり嚴重に画像フォロー中である. 今後両肺の微小結節影の増大や症候の出現を認めた場合, 可能であれば手術による切除を行う. 手術困難であればCVD療法やMIBG治療による集学的治療を考慮する必要がある.

ドーパミン産生褐色細胞腫の1例: 沖中勇輝, 佐藤 亘, 中川翔太, 伊狩 亮, 富田圭司, 水流輝彦, 吉田哲也, 影山 進, 上仁敦義, 成田充弘, 河内明宏(滋賀医大) 症例は42歳, 女性. 前医で甲状腺腫(濾胞腺腫) フォロー中のCT検査で6cmの右副腎腫瘍を指摘され当院初診. 受診時高血圧症. その他自覚症状は認めなかった. ¹²³I-MIBG シンチグラフィで腫瘍部に強い集積を認め, 血中・尿中カテコラミン値はドーパミンのみ高値であった(血中: 652 pg/ml 尿中: 65,000 µg/day). 以上よりドーパミン産生褐色細胞腫と診断した. 本疾患はクリーゼを来すことが少く術中に重篤な血圧低下を来すことが報告されており, 循環血漿量を十分管理し術前にα遮断薬の投与は施行しなかった. 開腹右副腎摘除術施行し, 術中血圧変動なく安全に手術施行可能であった. 病理検査結果は褐色細胞腫であった. 本疾患は悪性の経過を辿ることが多いと報告されているが, 術後10カ月再発なく経過している.

PET-CTで¹⁸F-FDG高度集積を認めた副腎皮質腺腫の1例: 奥田洋平, 谷川 剛, 栗林宗平, 川村正隆, 岸本 望, 竹澤健太郎, 高原宏一, 高尾徹也, 山口誓司(大阪急性期医療セ) 37歳, 女性. 検診の腹部エコーで右副腎腫瘍を指摘. CTで長径10cmの右副腎腫瘍を認めた. PET-CTで同部位に¹⁸F-FDGの高度集積を認め, 右副腎腫瘍(cT2N0M0)が疑われた. 後腹膜鏡下右副腎摘除術を施行. 病理結果は副腎皮質腺腫であった. 副腎腫瘍における画像モダリティとしてCT/MRI/PET-CTなどが用いられる. CT/MRIでは副腎腺腫に含まれる脂肪成分を診断の助けとする一方で, PET-CTはSUVmax値が良悪の鑑別に有用とされる. 本症例においては, 腫瘍サイズが10cmと大きく, 脂肪成分の少ない副腎皮質腺腫であったこと, またPET-CTにおいてSUVmaxが40以上ときわめて高値を示したことが診断を困難にしたと考えられた.

右副腎に腫大腺腫を有し副腎静脈サンプリングで患側を同定しえた左副腎原発性アルドステロン症の1例: 岩橋悠矢, 西澤 哲, 間島伸行, 松浦昌三, 宮井晴加, 梅本秀俊, 井口孝司, 若宮崇人, 山下真平, 射場昭典, 根本康夫, 原 勲(和歌山医大), 山岡博之, 赤水尚史(同内科), 藤本正数(同病理診断科) 40歳, 男性. 二次性高血圧精査の負荷試験により原発性アルドステロン症と診断された. 右17mm, 左5mmの副腎腺腫を認め, 副腎静脈サンプリング(AVS)で左側を責任病変と診断し, 腹腔鏡下左副腎摘除術を施行した. 術後低K血症の改善と降圧薬の減量が可能であった. 局在診断には画像所見に加えAVSが必須の検査とされている. 原発性アルドステロン症は片側病変の場合, 手術加療が第一選択となるが, 患者個別の状況や希望を考慮して治療方針を決定する必要がある.

後腹膜血管平滑筋肉腫の1例: 山本顕生, 朝倉寿久, 辻村 剛, 中野剛佑, 岡田宜之, 中田 渡, 任 幹夫, 辻畑正雄(大阪労災) 51歳, 男性. 健診の腹部超音波にて骨盤内左側に長径6cm大の辺縁平

滑な充実性の腫瘍を指摘され当科紹介受診. 腹部造影CTにて外腸骨静脈と密接しており, 腫瘍との癒着が予想された. PETCTで腫瘍部位に集積を認め悪性と考えられた. 骨盤部MRIではT1強調像で筋肉と等信号であり, 平滑筋肉腫などが鑑別に挙げられた. 悪性の可能性が考えられたため症状はなかったが手術の方針となった. 術中, 腫瘍は外腸骨静脈と強固に癒着しており剥離困難であった. 血管外科と相談の結果, 外腸骨静脈を切断し血管再建を行わず腫瘍と一塊に摘除した. 病理結果は低悪性度平滑筋肉腫であり, 腫瘍と外腸骨静脈との連続性はなく, 原発は外腸骨静脈分枝血管と考えられた. 術後大きなトラブルなく, 再発なく2年経過している.

クリゾチニブ投与中に腸腰筋内血腫を発症した1例: 西澤恒二, 後藤裕文, 吉田 徹(滋賀成人病セ), 大西裕之(大阪日赤) 68歳, 女性. ALK融合遺伝子陽性肺腺癌に対しALK阻害薬クリゾチニブが著効していたが, 治療から3年を過ぎ腰痛と熱発が出現. 単純CTで左腎から腸腰筋に至る軟部陰影を指摘され当科に紹介された. 造影CTを施行し, クリゾチニブ内服で複雑性腎嚢胞が発生し, 腸腰筋へと浸潤性に増殖したものと診断された. 内服中止でも下肢挙上障害が出現したため, 腸腰筋内貯留液を穿刺ドレナージした. 暗赤色で粘潤な血腫内容を排出し, 細菌培養は陰性だった. 腸腰筋内血腫は縮小し穿刺5日後には歩行障害が解消. 1カ月後, 腎嚢胞もほぼ消失した. クリゾチニブ内服で複雑性腎嚢胞が生じやすいが, 多くは軽微であり内服中止で消滅する. 一方重度のものは2~4%に発生し, 進行すると熱発や痛みが生じドレナージを要することがある.

骨肉腫と脂肪肉腫成分を認めた後腹膜脱分化型脂肪肉腫の1例: 佐野貴紀, 白石祐介, 遠藤貴人, 桑原 元, 安福富彦, 村蒔基次, 山田裕二(尼崎総合医療セ) 63歳, 男性. 腹部腫瘍を主訴に紹介受診. 造影CTにて右後腹膜に27cm大の腫瘍性病変を認め, 内部には石灰化を伴い, 辺縁の充実部分には軽度の造影効果を認め, MRIでは脂肪成分は認めなかった. 脱分化型脂肪肉腫が疑われ, 開腹右後腹膜腫瘍摘除術を施行した. 摘出重量は5,950g白色充実性腫瘍で, 他臓器との癒着は認めなかった. 病理結果は核小体明瞭な異型核を有する紡錘形細胞の浸潤増殖を認め脱分化型脂肪肉腫の診断となった. その他高分化型脂肪肉腫, 骨肉腫, 軟骨肉腫の成分を認めた. その後5カ月再発を認めていない. 脱分化型脂肪肉腫は脂肪肉腫のうちの5%程度で5年生存率は44%と予後不良である. 本症例のように骨肉腫および軟骨肉腫を伴う症例は検索する限り認めなかった.

膵液瘻が原因と考えられた後腹膜腫瘍の1例: 大西美貴子, 星山文明, 田中雅博(大阪回生), 豊田秀一(同外科) 45歳, 男性. 主訴となる症状は特になし. 特記すべき既往歴なし. アルコールは機会飲酒. 健康診断時の腹部エコーで左腎結石を疑われ, 当科紹介受診した. KUB・単純CTでは腎結石は明らかでなく, 左腎脾間に辺縁石灰化を伴う60×42×40mmの境界明瞭な腫瘍を認めた. 副腎内分泌活性を含む検査では特記すべき異常なし. 造影MRIで左副腎腫瘍が疑われ, 腹腔鏡下左副腎摘除術施行. 病理診断は, 膵液漏出による後腹膜脂肪の酸化であった. 術後発熱持続したため, 術後9日目にCT撮影. 切除部に膿瘍を認め, CTガイド下ドレナージと抗生剤投与した. 術後14日目にドレーン抜去, 術後16日目に経過良好にて退院となる. 過去に何らかの誘因で膵炎がおき, 膵仮性嚢胞を形成. その後, 長い経過の中で壁石灰化・骨化を伴ったものと推察する.

腹腔鏡下摘除術を行い大腸癌後腹膜転移と診断した1例: 植木秀登, 藤本卓也, 奥野優人, 楠田雄司, 田口 功, 川端 岳(関西労災) 73歳, 女性. 2011年に上行結腸癌に対して右半結腸切除術. その後術後化学療法を施行されていた. 2016年, CTで右背側に腫瘍性病変を指摘され, 精査加療目的に当科受診. FDG-PETで集積を認め, 増大傾向であったため上行結腸癌再発を疑われ, 腹腔鏡下腫瘍摘除術を行う方針となった. しかし, 腫瘍は2cmと小径でエコーでも

同定不可能であったため、術前 CT ガイド下マーキングを行ったうえで手術をする方針となった。CT ガイド下に腫瘍近傍の Gerota 筋膜内に墨汁とオイパミロンの混合液を注入し、それを目印として後腹膜鏡下腫瘍摘除術を行い腫瘍を摘出した。病理学的所見から診断は大腸癌後腹膜転移であった。

f-TUL 不可能な尿管狭窄のある腎結石に対する Ultra-Mini PCNL の経験：八田原広大、濱田彬弘、小山梨恵、増井仁彦、七里泰正（大津市民）40歳代、女性。肉眼的血尿、右腰部痛を主訴に近医を受診し、腹部超音波検査で右腎結石、水腎症を認めたため当科を紹介受診。身体所見では右 CVA 叩打痛を認め、CT では右腎盂内に 14×9 mm、CT 値 1,500 HU の結石を認めた。腎結石治療目的に f-TUL を施行する方針としたが、術前に施行した DIP では U1 に 2カ所、狭窄を疑う部位を認めた。f-TUL 時、狭窄部の拡張は困難であったため f-TUL を断念し、待機的に経皮的碎石術 PCNL を行う方針とした。PCNL において tract を細径化することで出血量が減少することが報告されており、本症例では2013年に報告された Ultra-Mini PCNL を施行する方針とした。外径が 13 Fr と低侵襲なデバイスを用いて碎石が可能であり、PCNL 後 1 月後の CT では残石を認めなかった。

尿失禁が主訴で見つかった陰唇癒合の 1 例：金子昌里南、安食淳、内藤泰行、藤原敦子、牛嶋 壮、金沢元洪、本郷文弥、沖原宏治、浮村 理（京府医大）5歳、女児。20XX年に昼夜を問わない尿失禁を認め、同年8月に精査目的に当科初診となった。外陰部の視診所見から陰唇癒合により排尿した尿が陰や前庭部に貯留し、尿失禁として発症したと考えられた。癒合陰唇剝離術を施行し外尿道口・陰口を露出させたところ、尿失禁は消失した。術後3カ月経過した時点でも再癒合や尿失禁再発を認めず経過は良好である。小児の尿失禁は、腎尿路系の異常を含む基礎疾患が存在することがある。本例は尿失禁を主訴に見つかった癒合陰唇として稀な症例であり、文献の考察を加えて報告する。

術式選択に苦慮した遺伝性褐色細胞腫/パラガングリオーマ症候群の 1 例：若宮崇人、岩橋悠矢、出口龍良、宮井晴加、梅本秀俊、井口孝司、山下真平、西澤 哲、射場昭典、吉川和朗、柑本康夫、原 勲（和歌山医大）、割栢健史（同病理診断科）32歳、男性。高血圧精査で右 10 mm 大、左 15 mm 大の両側副腎腫瘍、18 mm 大の傍大動脈腫瘍を認めた。精査の結果、SDHD 遺伝子変異を認め、遺伝性褐色細胞腫/パラガングリオーマ症候群と診断し、腹腔鏡下両側副腎腫瘍、傍大動脈腫瘍摘除術を施行した。病理結果は chromogranin A 陽性、MIB-1 がわずかに陽性であり、褐色細胞腫に矛盾せず、明らかな悪性所見は認めなかった。術後は再発なく、ステロイド補充を行って経過観察中である。

術前 CVD 療法で手術可能になった悪性褐色細胞腫の 1 例：島田誠治、谷口久哲、神尾絵里、村上彰悟、小糸悠也、滝澤奈恵、井上貴昭、三島崇生、吉田健志、矢西正明、駒井資弘、安田鐘樹、渡邊仁人、杉 素彦、木下秀文、松田公志（関西医大）54歳、男性。高血圧、糖尿病にて近医加療中に右側腹部痛を自覚。腹部 CT 検査施行し右腎と肝に接する 18 cm 大の不整形の副腎原発腫瘍認め、精査目的に当科紹介となった。MIBG シンチ CT 検査にて、肝浸潤、右腎浸潤、両側頸部リンパ節転移を認め内分泌検査にて悪性褐色細胞腫と診断した。化学療法として CVD 療法 9 コース施行し両側頸部リンパ節転移は消失、右副腎腫瘍は 7.5 cm 大と腫瘍縮小 (RECIST 分類で 38.7%) を認めたため、手術可能と判断し右副腎および右腎全摘除術、肝部分切除術を施行し完全切除しえた。病理学的診断は paraganglioma であった。術後、CVD 療法 3 コース追加施行。経過観察期間は半年と短い、現在まで再発を認めていない。

右副腎褐色細胞腫と同時発生し左副腎腫瘍と鑑別困難であった後腹膜 Solitary fibrous tumor の 1 例：栗林宗平、波多野浩士、弓場 覚、辻 博隆、中井康友、中山雅志、垣本健一、西村和郎（大阪国際がんセ）62歳、女性。2008年両側副腎腫瘍を指摘され当科紹介。尿中ノルメタネフリン高値、MIBG シンチグラフィで右副腎に集積認め、右副腎摘除術を施行し、褐色細胞腫と診断した。左副腎は腫瘍径 3 cm 大であり、画像上良性腫瘍と診断し、経過観察の方針とした。術後 8 年の経過で左副腎腫瘍は、17×7 cm まで緩徐に増大し、悪性の可能性を考慮し手術を施行した。副腎は腫瘍とともに一部合併切除し、大

部分は温存可能であった。術後一時的にステロイドカバーを行ったが、漸減し投与終了した。病理診断は、solitary fibrous tumor であった。術後 1 年 4 カ月再発なく経過している。

クリゾニブが奏功した後腹膜原発炎症性筋線維芽細胞性腫瘍の 1 例：鈴木良輔、牧田哲幸、鈴木一生、久保田聖史、土肥洋一郎、杉野善雄、井上幸治、川喜田睦司（神戸市立医療七中央市民）37歳、女性。健診で右副腎腫瘍を指摘され当院を受診した。CT で右副腎領域に 6 cm 大の腫瘍を認め、PET-CT で同部への集積を認めた。悪性の右副腎、あるいは後腹膜腫瘍を疑い、腹腔鏡下腫瘍摘除術を施行した。腫瘍周囲浸潤あり、肝、腸尿管の一部を合併切除した。組織標本で ALK 陽性の後腹膜原発炎症性筋線維芽細胞性腫瘍 (IMT: inflammatory myofibroblastic tumor) と診断した。術後 6 カ月で局所再発、腹腔内播種を認めた。根治切除不能のため、ALK 阻害薬であるクリゾニブ投与を開始した。投与開始後 4 カ月で腫瘍は縮小、PET-CT で FDG の集積を認めなかった。投与開始から 10 カ月現在、進行を認めていない。

集学的治療によって完治した成人 Wilms 腫瘍の 1 例：堤 岳之、市橋 淳、小林大介、谷口俊理、辻野拓也、松永知久、齋藤賢吉、伊夫貴直和、平野 一、稲元輝生、能見勇人、瀬川直樹、鈴木俊明、金原裕則、東 治人（大阪医大）25歳、男性。左背部痛と肉眼的血尿のため受診。造影 CT、骨シンチで左腎腫瘍、多発肺転移、右大腿骨転移を認めた。左腎摘除術を施行し Wilms 腫瘍と診断。NWTSG 分類 stage IV として DD-4A 療法を施行。PET-CT で右大腿骨への集積を認めたが肺残存腫瘍に集積を認めず、肺部分切除、自家液体窒素処理骨移植を実施し病理組織学的寛解を得た。現在も再発を認めず。

腎細胞癌術後に出現した肝転移巣に対して TACE が著効した 1 例：松田博人、玉田 聡、加藤 実、井口太郎、仲谷達也（大阪市立大学医学部附属）、金丸知寛、行松 直（八尾徳洲会）73歳、女性。肉眼的血尿を主訴に前医受診。膀胱浸潤疑う左腎腫瘍を認め手術加療目的に当科紹介。開腹下左腎摘除術、膀胱部・脾臓摘除術、結腸切除術施行。病理診断は淡明細胞癌、pT3a であった。術後 CT で肝転移認め sunitinib 開始し肝転移巣の大半は消失したが、新規病変を認め axitinib に変更。投与後、残存病変は縮小したが新規病変は増悪を認め、腫瘍内不均一性を考慮し肝局所療法目的に放射線科紹介。肝動脈化学塞栓療法 (TACE) 施行し術後 2 年再発なく経過している。腎癌肝転移への薬物療法は奏率が低いとされており、肝切除は合併症発生率が高い。TACE は RFA と比べ適応制限がなく、腎癌は血管増生に富んだ腫瘍なのでアプローチしやすい。よって TACE は腎癌肝転移への治療として第一選択になりうると考えられた。

生体腎移植術を施行した、新規 MUC1 遺伝子変異を有する家族性尿細管間質性腎炎の 1 例：谷口 歩、阿部豊文、永原 啓、藤田和利、木内 寛、植村元秀、今村亮一、宮川 康、野々村祝夫（大阪大）症例は 24 歳、女性。父と祖父をはじめとして複数の腎不全家族歴を有する。18 歳時より尿検査異常を伴わない腎機能障害を認め、24 歳で血液透析導入。生体腎移植術希望で当科受診。遺伝子検査にて mucin 1 (MUC1) 遺伝子変異を認め、MUC1 関連常染色体優性尿細管間質性腎炎と診断した。患者の母と姉には同遺伝子変異を認めず、母をドナーとする血液型不一致生体腎移植術を施行した。同疾患に対しては過去に複数の家系で同一の遺伝子変異が報告されてきたが、自験例の遺伝子変異は新規のものであった。

Fraser 症候群由来の FSGS に対し生体腎移植術を施行した 1 症例：菊池 堯、玉井健太郎、西岡 伯（近畿大堺）、森 康範、能勢和宏、吉村一宏、植村天受（近畿大）、齋藤孝孝（市立貝塚）、林 泰司（和泉市立）、今西正昭（富田林）、秋山隆弘（堺温心会）12歳、女性。幼少時 Fraser 症候群由来の FSGS に対して加療を受けるも治療困難となり、母親をドナーとした生体腎移植術を希望され受診された。生体腎移植術を施行後 2 度の拒絶反応を認めたためステロイドパルス療法および ATG 療法を施行し、第 84 病日退院となった。術前蓄尿蛋白定量 6.41 g/日であったが、退院時 0.28 g/日と改善を認めた。今回 Fraser 症候群由来の FSGS に対し生体腎移植術を施行することで自己腎からの尿蛋白を抑制し、ネフローゼ症候群を脱却することができた 1 症例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

術中に腎動脈を誤って切断された片腎患者に対して自家腎移植術を施行した1例：曲淵敏博，小林 恭，伊藤克弘，久保田聖史，高田秀明，澤田篤郎，赤松秀輔，根来宏光，齋藤亮一，寺田直樹，山崎俊成，井上貴博，小川 修（京都大） 71歳，男性。左腎細胞癌に対して左腎摘除術後の片腎患者で，十二指腸腺癌に対して腔頭十二指腸切除術を施行した。術前 PET-CT で指摘されたリンパ節郭清時に，腎動脈の本幹を切断され泌尿器科に相談された。腎動脈はシーリングデバイス切断後で周囲に止血縫合も施されており，端端吻合は困難と判断し，緊急で自家腎移植を施行した。術後に虚血性の急性尿管管障害と腎梗塞を発症し，抗凝固・抗血小板療法を開始したが，乏尿のため透析が必要な期間が続いた。術後80日目ごろから徐々に尿量は増加し始め，術後111日目で腎代替療法を離脱し，術後123日目に退院することができた。

下大静脈後尿管を伴った腎盂尿管移行部通過障害に対しロボット支援腹腔鏡下腎盂形成術を施行した1例：井上裕太，内藤泰行，大西伸和，小倉涼太，本田俊一郎，福井彩子，大橋宗洋，平岡健児，藤原敦子，牛嶋 壮，金沢元洪，本郷文弥，沖原宏治，浮村 理（京府医大） 39歳，女性。間歇的な右腰部痛と発熱を認め当科受診。超音波にて著明な右水腎症を認め，造影 CT にて右先天性水腎症と診断した。ロボット支援腹腔鏡下腎盂形成術を予定し，術直前に逆行性腎盂造影を行ったところ右尿管が内側へ偏位しており，下大静脈後尿管の合併を疑った。術中所見にて交差血管による尿管の圧迫と，尿管の下大静脈背側への走行を確認し，先天性水腎症と下大静脈後尿管の合併と確定診断した。Dismembered 法による腎盂形成術を行い手術終了した。術後9カ月を経過し，症状・水腎症の再発なく経過良好である。両者のみの合併はきわめて稀であり，本邦初の報告と思われた。

遠隔転移を来した筋層非浸潤性膀胱癌の2例：清水卓斗，溝淵信一郎，大塚憲司，細川幸成，林 美樹（多根総合），藤本清秀（奈良医大） 症例1は77歳，男性。TURBT にて T1 high grade (G3) の診断。2ndTUR 行い，微小な CIS を認めたが，切除標本辺縁に腫瘍細胞を認めなかった。初回 TUR から3カ月時に，右側胸部痛出現。CT で右胸膜に腫瘍認め，CT ガイド下生検で尿路上皮癌転移の診断であった。放射線緩和照射後に閉鎖リンパ節転移も出現し，GP 療法を行うも転移巣は増大，GC 療法追加したが PD。初診から1年6カ月で癌死。症例2は TURBT にて T1 high grade (G3)，CIS の診断。2ndTUR では Ta low grade (G1) の残存認め，BCG 8 コース施行。初回 TUR から33カ月時，CT でリンパ節腫大指摘され，生検の結果尿路上皮癌の転移の診断。GC 療法4コースにて CR を得た。GC 開始から24カ月経過したが CR を維持している。非筋層浸潤癌の局所進展を伴わない遠隔転移例は稀であるため，若干の考察を加え報告する。

播種性骨髄癌症を伴った前立腺癌の1例：白石祐介，寺川智章，古川順也，重村克巳，原田健一，松下 経，石村武志，日向信之，中野雄造，藤澤正人（神戸大） 64歳，男性。T3bN0M0 前立腺癌に対してホルモン併用放射線療法施行。PSA nadir は 0.065 ng/ml。呼吸困難，背部痛を主訴に救急受診。血液検査で PSA 14.067 ng/ml と上昇，凝固異常も認め DIC と診断。CT 検査，骨シンチグラフィでは局所増悪，内臓転移を認めず，肋骨に微小な骨転移が検出されるのみであったが，MRI T1 強調画像で椎体にびまん性に低信号を呈しており，骨髄生検を施行。播種性骨髄癌症と診断。赤血球，血小板輸血を行いつつ，DIC の治療としてトロンボモジュリン投与開始，前立腺癌の治療としてドセタキセル，ゾレドロン酸投与開始した。DIC 改善に伴い全身状態も改善。PSA も 10.5 ng/ml と改善みとめ，診断から約2カ月で退院可能となった。

ロボット支援腹腔鏡下前立腺全摘 (RALP) + 拡大リンパ節郭清術後に結核性腹膜炎を発症した1例：齋藤駿河，伊藤克弘，内田稔大，眞鍋由美，宮崎 有，伊東晴喜，三品陸輝，奥野 博（京都医療セ） 78歳，男性。RALP 術後25日目に発熱，全身倦怠感を認め当科受診。腹部は膨満しており CT で腹水貯留と腹膜の肥厚を認めた。腹水生化学所見から尿の漏出は否定的であった。腹水中の白血球上昇あり，抗菌薬加療を行ったが全身状態改善は認めなかった。血液，尿，腹水培養は陰性であり診断に苦慮した。再度腹水穿刺施行したところ，腹水 ADA が高値であり結核感染を疑った。結核菌 PCR 陰性であったため繰り返し腹水穿刺を施行した。4度目の腹水穿刺で結核菌 PCR 陽

性となり結核性腹膜炎と診断した。抗結核薬投与にて全身状態の改善を認めた。抗結核薬6カ月投与し，以後再発なく経過中である。

化学療法後 FDG-PET/CT で集積を認め，治療方針決定に難渋した前縦隔原発 Seminoma の1例：田口元博，橋本貴彦，大嶋浩一，新開康弘，中西裕佳子，山田祐介，鈴木 透，呉 秀賢，兼松明弘，野島道生，山本新吾（兵庫医大），木原多佳子，造住誠孝，廣田誠一（同病理） 59歳，男性。CT で前縦隔に 8 cm 大の腫瘤を指摘。CT ガイド下生検にて前縦隔原発セミノーマと診断された。BEP 療法3コース終了後，前縦隔腫瘍は 2.9 cm まで縮小するも，FDG-PET/CT で集積を認めた。CT ガイド下生検を施行したところ viable cell は認めなかったため，可及的な残存腫瘍摘出を行うもやはり viable cell は認めなかった。精巣原発セミノーマにおいて化学療法後の残存腫瘍の摘出基準は一般に 3 cm 以上とされており，質的評価として FDG-PET/CT の有用性も報告されている。しかし，性腺外セミノーマにおいて同様な基準が適応できるかについてはさらなる検討が必要と考える。

パゾパニブの術前投与が有用であった転移性腎癌の1例：濱田晃佑，玉田 聡，大原義和，吉田直正，加藤 実，井口太郎，仲谷達也（大阪市大） 50歳，男性。肉眼的血尿を主訴に近医を受診。精査で左腎癌，多発転移を指摘され紹介受診となった。造影 CT にて脾臓，脾臓浸潤を認める最大径 115 mm の造影効果を受ける腎腫瘍を認め，左腎癌 cT4N0M1（肺転移，心臓転移，頸部・縦郭リンパ節転移，L5 骨転移）と診断。パゾパニブ 800 mg/日による術前療法を開始した。副作用の出現はなく，腫瘍およびリンパ節は縮小効果を認めた。脾臓，脾臓浸潤は消失し，投与開始から12週で左腎，脾体尾部，脾臓の合併切除を行った。病理は clear cell carcinoma, pT3 であり脾臓・脾臓への浸潤は認めなかった。術後尿漏れに対して加療後，パゾパニブを 800 mg で再開し，術後1年1カ月現在も SD を維持できている。転移性腎癌においてパゾパニブの術前療法が有効なことが示唆された。

Pazopanib によると考えられた破壊性甲状腺炎の1例：岡本 麻，宮崎慎也，辻 恵介，堀内大介，石田博万，平岡健児，中ノ内恒如，三神一哉（京第一日赤） 78歳，男性。T3N0M0 の腎癌術後，前立腺癌に対してホルモン治療中。フォローの CT で肺転移認め，800 mg/日で pazopanib を開始したが，28病日に嘔気，倦怠感出現し，400 mg/日に減量。44病日に倦怠感の増悪と嘔声出現し，fT3・fT4 の急激な上昇を認めた。破壊性甲状腺炎と診断し，pazopanib を休業し入院とした。入院後，徐々に fT3，fT4 は減少，TSH が上昇したため，レボチロキシンを開始した。破壊性甲状腺炎とは，なんらかの原因により甲状腺が破壊され，濾胞内に貯蔵されていた甲状腺ホルモンが一気に血中に放出され，一過性の甲状腺毒症を呈する疾患である。経時的に甲状腺機能低下症を呈する，pazopanib による甲状腺機能亢進症の報告は約1%のみであるが，急激な転機をたどるため，注意を要する有害事象である。

ニボルマブ投与中に発症した関節リウマチの1例：富澤 満，前阪郁賢，中井 靖，三宅牧人，井上剛志，穴井 智，田中宣道，藤本清秀（奈良医大），原 良太（同整形外科） 66歳，男性。右腎細胞癌 cT3aN0M1 (PUL) に対し右腎摘除術施行。肺転移巣に対し，スニチニブ，アキシチニブを投与するも病勢進行し，ニボルマブを開始した。開始から3カ月後の画像評価で SD であり，治療を継続していたが，7コース施行後に手指のこわばりと疼痛が出現し，リウマチセンターへ紹介した。リウマトイド因子陽性，関節エコーで手指関節に滑膜炎所見を認め，関節リウマチと診断された。ニボルマブ中止し，プレドニゾン，メトトレキサート投与により，症状は改善したが，一部症状が残存し，現在関節リウマチ治療を継続している。

腎原発悪性線維性組織球腫の1例：松村健太郎，山口一行，呉 偉俊，大町哲史（ベルランド総合），米田玄一郎（同病理），武山祐士，加藤 実，玉田 聡，仲谷達也（大阪市大），大畑麻衣，大澤政彦（同病理） 44歳，男性。201X年1月に右腹部痛および肉眼的血尿のため当科受診。腹部 CT にて右腎に辺縁が淡く造影される径 11.6 cm の腫瘤を認めた。cT2bN0M0 の腎癌と診断し開腹下経腹的右腎摘除術を施行。摘出標本では腎下極に 17×11 cm の白色腫瘤を認めた。病理結果は紡錘形から類円形の腫瘍細胞が増殖している間葉系腫瘍で

あり、免疫染色にて CD34 と bcl-2 が弱陽性のため、悪性孤立性線維性腫瘍が疑われた。術後59日目の腹部 CT で大きな局所再発を認めたため、右後腹膜腫瘍切除術および右半結腸切除術を施行。病理結果は他の組織型への分化は確認されず CD34 陰性であり、悪性線維性組織球腫 (malignant fibrous histiocytoma: MFH) と診断。術後胸部 CT にて多発肺転移を認め、パゾニブ 800 mg を開始したが転移量は増大。スニチニブ 50 mg に変更も奏功なく、診断後 9 カ月で痛死した。

腎 PEComa の 1 例：明石泰典、喜馬啓介、吉川元清、山本 豊、平山暁秀 (近大奈良) 44 歳、女性。検診にて左腎腫瘍を指摘され当科紹介。画像検査にて左腎下極外側に 17×21×29 mm の腫瘍を認めた。脂肪成分の少ない血管筋脂肪腫の診断で経過観察していたが腫瘍増大 (腫瘍最大径 60 mm) を認め腹腔鏡下に腫瘍摘出、腫瘍の迅速病理では平滑筋肉腫の可能性を指摘され合わせて腎摘出した。病理診断は腎周囲発生の sclerosing PEComa であった。これまでに 27 例報告されており 2 例で術後遠隔転移を認めるため定期的な経過観察が必要である。

術前診断が困難であったオンコサイトーマの 3 例：山本与毅、田中尚夫、羽阪友宏、北本興市郎、浅井利大、石井啓一、上川禎則、金卓、坂本 亘、杉本俊門 (大阪市総合医療セ) 症例 1：78 歳、女性。貧血精査の CT において 14 mm 大の左腎腫瘍を指摘、造影 CT では皮髄相で低吸収・実質相では低吸収となり腎細胞癌が疑われた。症例 2：84 歳、女性。子宮脱に対する術前検査での CT において 25 mm 大の左腎腫瘍を指摘。腫瘍内部に壊死が疑われ、造影 CT では軽微な造影効果を有することから乳頭状腎細胞癌が疑われた。症例 3：69 歳、男性。左下腹部痛で他院受診、左尿管結石とは別に 30 mm 大の左腎腫瘍を指摘。造影 CT においては皮髄相で低吸収・実質相では低吸収となり症例 1 と同様に腎細胞癌が疑われた。3 症例とも手術を施行し、病理結果はオンコサイトーマであった。腎細胞癌が強く疑われる症例においてもオンコサイトーマの可能性を留意しておく必要がある。

Xp11.2 転座腎細胞癌の 1 例：南方良仁、山田龍一、西畑雅也 (岸和田徳洲会)、倉本朋未、村岡 聡、西川 徹 (市立岸和田) 28 歳、男性。2017 年 1 月、仕事中に誘因なく突然の肉眼的血尿が出現。左下腹部痛も出現してきたため近医受診。CT 検査にて左腎に腫瘍を認めた。翌日加療目的で当科紹介受診された。造影 CT では左腎に 8.2×6.7 cm 大の瀰漫性に造影効果を受ける腫瘍を認めた。左腎癌 cT2N0M0 の診断で腹腔鏡下根治的左腎摘除術を施行した。病理組織像は HE 染色で淡明な細胞質を有する腫瘍細胞が胞巣状、管状、乳頭状、嚢胞状構造を呈し増殖しており当初淡明細胞癌が疑われたが、追加で行った TFE3 染色が陽性であったため最終的に Xp11.2 転座腎細胞癌 (pT3aN0M0) と診断した。補助療法などは行わず、術後 5 カ月現在再発なく経過観察中である。

両側精巣上体平滑筋腫の 1 例：岡 利樹、田中 亮、山中庸平、金城孝則、惣田哲次、吉岡 徹、高田晋吾 (大阪警察) 35 歳、男性。両側陰囊内腫瘍触知を主訴に来院。エコー、MRI にて両側陰囊内に腫瘍を認めたため、両側陰囊内腫瘍摘除術を施行。病理組織診断は両側とも精巣上体平滑筋腫であった。精巣上体原発腫瘍のうち、80% 程度は良性腫瘍とされる。そのうち平滑筋腫は 27% を占め、adenomatoid tumor に次いで多い。本邦では自験例を含め 88 症例が報告されており、そのうち両側例は 22 例であった。主訴は無痛性陰嚢腫大が過半数を占め、部位は精巣上体尾部が圧倒的に多い。治療は手術療法が一般的であり、精巣上体摘出術・腫瘍摘出術・精巣摘除術などが行われている。再発・転移の報告はなく、予後はきわめて良好である。

精巣 Leiomyoma の 1 例：遠藤貴人、坂本茉莉子、佐野貴紀、桑原元、安福富彦、村時基次、山田裕二 (県立尼崎総合医療セ) 44 歳、男性。左陰囊内に腫瘤を自覚し近医を受診。精巣腫瘍が疑われ当科紹介となる。左陰囊内に硬い腫瘤を触知し、エコーで左精巣内に低エコーでモザイク様の境界明瞭な腫瘍を 2 つ認めた。腫瘍マーカーを含む血液生化学所見は特記すべき異常を指摘し得ず。精巣腫瘍の診断で高位精巣摘除術を施行。肉眼的には精巣内に白色の硬い腫瘍を認め、組織学的には好酸性で紡錘形の細胞が索状に増殖し、SMA 染色は陽性であった。以上の所見より leiomyoma と診断した。精巣原発の leiomyoma は非常に稀な疾患であり、同側に同時に発生した症例はこれ

までに報告を認めず、本症例が初と考えられた。

神経内分泌腫瘍と診断された右精巣腫瘍の 1 例：松江泰佑、小林裕也、出口隆司、青山真人、園田哲平、中村敬弘、伊藤哲二 (PL) 45 歳、男性。3 年前からの無痛性右陰嚢腫大を主訴に 2016 年 12 月当科受診。来院時バイタル特記すべき異常なし、右陰嚢内に小鶏卵大に腫大した精巣を触知。血液生化学検査で特記すべき異常を認めず。AFP・HCG-β、LDH などの腫瘍マーカーはすべて陰性であった。精査の結果右精巣腫瘍が疑われ、高位精巣摘除術施行。腫瘍は径 4.0×2.8×1.5 cm、黄褐色で境界明瞭であった。術後免疫染色を行った。結果は、chromogranin (+)、synaptophysin (+) で神経内分泌腫瘍 (NET2 grade 2、Ki-67 index = 7.27%) であった。診断後上下部内視鏡検査、尿中 5-HIAA 測定を提案したが患者が拒否。以後半年に 1 回胸部 CT にてフォローの方針となった。

精巣捻転を契機に診断された多精巣症の 1 例：松村直紀、大森直美、豊田信吾、橋本 士、大關孝之、本郷祥子、齋藤允孝、杉本公一、南 高文、野澤昌弘、能勢和宏、吉村一宏、植村天受 (近大) 12 歳、男子。既往歴は自閉症、言語発達遅滞。主訴は左陰嚢痛。2017 年 2 月初旬の夕方より左陰嚢痛を認め当科受診となる。疼痛発症から 10 時間が経過していた。左陰嚢は軽度発赤を認め、左精巣上体に腫大と圧痛を認めた。陰嚢超音波にて内部に高輝度を示す腫大した精巣上体を認め、精巣上体炎の可能性が高いと判断したが、疼痛が強く精巣捻転症を否定できないため手術を行った。固有鞘膜内に精巣とは別に鬱血した腫瘍を認め、精巣捻転症と診断し精巣摘除術を行った。両精巣ともに精巣上体を有し、2 つの精巣上体は精管で連結されていた。頭側の精巣はうっ血を認め精巣捻転に合致する所見であり、多精巣症ならびに精巣捻転症と診断した。多精巣症分類の 6 型であった。本邦では 27 例目の報告であり、精巣捻転を合併した症例は 2 例目であった。自験例において手術を行った際に正常精巣を生検し、悪性や異型性を認めなければ正常精巣を温存できる可能性があった。

神経内分泌癌にカバジタキセルが奏功した 1 例：桑原 賢、西本光寿、花井 禎、辻 秀憲、江左篤宣 (NTT 西日本大阪)、豊田信吾 (大阪南医療セ) 70 歳、男性。排尿障害、残尿感、PSA 高値のため当院紹介受診。診断および治療目的で、前立腺生検および経尿道的前立腺・膀胱切除術施行。病理診断は、前立腺癌 GS5+4 に相当する異型像および免疫染色 PSA、NSE、AMACR 陽性の結果から、前立腺神経内分泌癌と診断 (cT4N1M1b)。CAB 療法、EP 療法 2 コース、CPT-11+CDDP 療法 4 コース施行するも左肺転移出現。左肺転移巣に RT 施行するも増大、DOC 療法施行も右肺転移巣出現し PD。そのため CBZ 療法 6 コース施行し右肺転移巣縮小し PR を得た。しかし、6 コース施行後 BSC となり、5 カ月後、気管支肺炎で死亡となる。右肺転移巣は縮小のままであった。前立腺神経内分泌癌に対しては、肺小細胞癌に準じた治療が推奨されているが、確立された治療法はない。カバジタキセルは 1 つの治療選択肢となる可能性が示唆された。

塩化ラジウムが有効でなかった前立腺癌の 1 例：中本喬大、三島崇生、速水悠太郎、西田晃久、川喜多繁誠、六車光英、室田卓之 (関西医科大学総合医療セ)、宇都宮啓太 (同放射線科)、松田公志 (関西医大) 77 歳、男性。2015 年前立腺癌 cT4N1M1b と診断、MAB 療法開始。2016 年 7 月に去勢抵抗性前立腺癌と診断、エンザルタミドに変更し加療を継続。しかしながら、PSA は上昇傾向を認め、疼痛も悪化傾向にあるため、骨転移に対し塩化ラジウム投与となった。塩化ラジウム投与後、ALP は 506 ng/ml から 385 ng/ml まで低下したが、PSA は 134 ng/ml から 860 ng/ml まで急激な上昇を認め、また PLT も 4.6 万/μl まで低下し塩化ラジウムの投与を中止した。精査の画像検査で骨シンチでは新規病変を認めなかったが、FDG-PET では骨シンチでは描出されなかった骨髄浸潤・溶骨性骨転移を認めた。塩化ラジウムは骨髄浸潤・溶骨性骨転移には効果不良な可能性があり、塩化ラジウム投与前の PET 検査の有用性が示唆された。

ロボット支援腹腔鏡下前立腺全摘時に使用したヘモロックが膀胱に迷入した 1 例：河村 駿、寺川智章、中野順也、重村克己、原田健一、松下 経、石村武志、日向信之、古川雄造、藤澤正人 (神戸大) 56 歳、男性。前立腺癌 (cT2aN0M0、GS:3+3=6) の診断に対して 2016 年 4 月ロボット支援腹腔鏡下前立腺全摘除術を施行した 10 カ月後

に肉眼的血尿と頻尿を主訴に受診した。軟性膀胱鏡検査にて膀胱尿道吻合部12時方向に迷入するヘモロックを認めた。後日腰麻酔下に硬性鏡を用いて生検鉗子でヘモロックを摘除した。その後の経過は良好であり血尿やLUTSは改善した。ヘモロックは腹腔鏡およびロボット手術時における血管処理や縫合処理に非常に有用であるが、稀に膀胱内に迷入しLUTSや血尿を来した報告がみられる。若干の文献的考察を加えて報告する。

診断に難渋した両側尿管狭窄の1例：城 文泰，牛田 博（JCHO 滋賀），沖中勇輝，富田圭司，河内明宏（滋賀医大附属） 77歳，男性。食欲不振，腎機能低下を指摘され紹介。CTで両側尿管狭窄，壁肥厚が明らかとなった。尿細胞診はclass IIIb。尿管腫瘍を疑い尿管鏡検査，粘膜生検，採血でPSA高値も認めため前立腺生検も行った。前立腺生検で前立腺癌と診断されたものの，尿管粘膜生検ではmalignancy認めず。2回目の尿管鏡検査を施行するも悪性所見は認めなかった。尿管壁肥厚の診断はつかないもの前立腺癌に対してホルモン療法を施行するとともに3回目の尿管粘膜生検を計画していたところ左の尿管壁肥厚，水腎症が消失した。組織検査では明らかでなかったが臨床的に前立腺癌の尿管転移と診断した。前立腺癌の尿管転移は尿管鏡下生検での診断は困難であり非典型的な尿管腫瘍を認められた際には，転移性病変の可能性を考慮する必要があると考えられた。

直腸癌陰茎転移の1例：松本 稔，田中一志，武市佳純（北播磨総合医療セ） 82歳，男性。2014年3月直腸癌に対して腹腔鏡補助下直腸離断術を施行した。術後の経過観察中，2017年4月PET-CTで陰茎の一部に限局した高集積を認めたため，当科紹介となった。陰茎根部に腫瘍を触知した。膀胱尿道鏡検査では尿道内に明らかな腫瘍性病変は認めなかったが，MRI検査では陰茎海绵体内に造影効果のある腫瘍を認めた。同腫瘍に対して，経皮的陰茎腫瘍生検を行った。病理組織結果では腸型の腺癌で，直腸癌の陰茎転移として矛盾しない，との診断であった。その後，抗癌化学療法（カベシタビン 1,250 mg/m²/日）を施行し，治療後5カ月目において腫瘍の増大は認めていない。

金属リングによる陰茎および陰囊絞扼症の1例：安野恭平，大西篤史，江夏徳寿，岡本雅之，中村一郎（神戸市立医療セ西市民） 41歳，男性。10年前より自慰行為時に金属リングを常習的に装着していた。普段と異なるサイズのリングを装着したところ抜去できず，排尿困難も出現し受診。来院時には陰茎根部，両側陰囊に金属リングが嵌入，外陰部全体の浮腫を認めた。陰茎および陰囊絞扼症と診断し，緊急絞扼解除術を施行。リングカッターで切断を試みるも困難であったため，歯科医師協力のもと歯科用切削器具を用いたところ，金属リングを切断，抜去することができた。リング除去後は創部に感染徴候を認めなかったため，軟膏処置を行い，術後9日目に退院。創部洗浄およびヨードホルムガーゼでの被覆を継続し，陰茎根部陰囊皮膚の上皮化を確認した時点で終診とした。なお，勃起機能は受傷前程度まで改善を認めた。

尿道部分切除術を行い陰茎を温存しえた尿道癌の1例：洪 陽子，氏家 剛，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） 62歳，男性。28歳時のドナー腎採取後に尿道狭窄を発症し加療継続されていた。2014年4月に尿細胞診陽性を指摘され，尿道生検より扁平上皮癌を検出し尿道癌と診断。陰茎部分切除術を勧められたが，陰茎温存を希望し2014年8月当科紹介となった。逆行性尿道造影では外尿道口から3cm中樞側に2.5cmに渡る尿道狭窄を認め，MRI検査では同部位に造影効果を伴う尿道壁肥厚を認めた。当院で尿道狭窄部再生検を行ったところ，扁平上皮内癌を認めた。尿道癌cTisNOM0と診断し，2015年3月尿道部分切除術。陰茎部外尿道口形成術を行った。迅速病理診断では断端陰性。摘除標本の病理組織所見は扁平上皮内癌であった。術後，2年3カ月再発なく経過し，尿禁制，性機能は温存された。

膀胱タンポナーデを契機に診断された後天性血友病の2例：吉井貴彦，吉田和裕，山口泰広，山中邦人（明石市民） 67歳，男性。膀胱タンポナーデで当院紹介となった。血腫除去術と生食灌流でコントロールはまったくできず頻回の輸血を要した。脳梗塞による片麻痺で著明な下肢関節拘縮があり，また強血尿のため経尿道的電気凝固術は困難であった。精査の結果，後天性血友病の診断に至り，PSL単独

による免疫抑制療法で血尿は速やかにコントロールできた。67歳，女性。腎結核で左腎摘出の既往あり。膀胱タンポナーデと紫斑で当院紹介となった。CTで右腎盂，尿管内に血腫が充満しており，右腎出血による膀胱タンポナーデであった。精査の結果，後天性血友病と診断された。腎後性腎不全で一時的にHD導入期間はあったが尿管ステント留置によりHDは離脱できた。その後も後腹膜出血，直腸出血や腎出血を繰り返し頻回の輸血を要したが各科医師の集学的治療で救命できた。

尿管放線菌症の1例：関井洋輔，伊藤拓也，武田 健，芝 政宏，高山仁志（堺市立総合医療セ），棟方 哲（同病理） 66歳，女性。左下腹部の腫瘍触知で近医受診し，腹部単純CTで膀胱頂部からレチウス腔，皮下に連続する腫瘍を指摘され，当科を紹介受診した。腫瘍マーカーのCEAやCA19-9は陰性で膀胱鏡では頂部の外方からの軽度の圧排を認めるのみであった。腹部造影CTや腹部単純MRIで尿管の放線菌症を疑い，皮下腫瘍の開放生検術を施行し，病理組織学的に放線菌症の確定診断を得た。術後約22週間のABPCおよびAMPCによる治療で腫瘍は著明に縮小を認め，抗生剤中止後も再発を認めない。報告例では尿管管癌と術前診断されることが多いが，本症例では画像診断で放線菌症を疑い，生検により確定診断を下し，過剰な手術加療を回避しえた。

膀胱全摘回腸導管造設後11年目に発症した導管尿管吻合部癌の1例：横田智弘，宮下雅亜，松ヶ角 透，中西弘之（京都中部総合医療セ），高羽夏樹（明治国際医療） 64歳，男性。膀胱癌に対し膀胱全摘回腸導管造設術を11年前に他院にて施行。熱発にて当院内科受診し，CT上左閉塞性腎盂腎炎の診断で当科紹介。左尿管導管吻合部に軟部陰影あり腫瘍疑い。保存的入院加療にて腎盂腎炎は改善を認めたが，退院後両側水腎症による腎後性腎不全を来し緊急入院。CTでは吻合部軟部陰影のさらなる増大を認め，それに伴う両側尿管導管吻合部閉塞が腎不全の原因と考えられた。両側腎造設および回腸導管生検を施行。生検で癌細胞を認め，かつCTにて多発肝転移も確認されたため，化学療法開始。開始後8カ月後の現在も治療継続中。画像上，導管内腫瘍および多発肝転移は縮小を認めている。

膀胱限局性アミロイドーシスの1例：山肩正輝，鶴島宏祐，鎌田英治，岩本勝来，山越恭雄，江崎和芳（石切生喜） 79歳，男性。前立腺肥大症で通院中，X年4月に無症候性肉眼的血尿を主訴に当科受診。CTで上部尿路に異常なく，膀胱鏡で左側壁に炎症性変化認めるのみであり，経過観察となる。同年7月膀胱鏡で同部に広基性隆起あり，生検でアミロイド疑いであった。同年9月に腫瘍性病変の増大あり，TUR施行。上皮下および血管周囲にアミロイド沈着を認めた。続発性および全身性アミロイドーシスの除外を行い，膀胱限局性アミロイドーシスの診断に至った。

T1 high grade 膀胱癌に対するBCG治療後に出現した孤発性骨盤内リンパ節転移に対し膀胱温存をしえた2例：山道 岳，河嶋厚成，藤田和利，木内 寛，植村元秀，今村亮一，宮川 康，野々村祝夫（大阪大） 筋層非浸潤性膀胱癌に対してBCG膀胱内注入療法後に，膀胱内病変は制御されているにも関わらずリンパ節転移が出現した2例を経験したので報告する。症例1は67歳，男性。膀胱癌pT1isNOM0，high gradeに対しBCG膀胱内注入療法を施行し膀胱内病変は無再発で経過していたが，BCG治療6カ月後の腹部CTで左総腸骨リンパ節腫大が出現。症例2は73歳，男性。膀胱癌pT1NOM0，high gradeに対しBCG膀胱内注入療法を施行し膀胱内病変は無再発で経過していたが，BCG治療8カ月後の腹部CTで右閉鎖リンパ節腫大が出現。2症例とも腹腔鏡下骨盤内リンパ節郭清術を行い膀胱癌のリンパ節転移の診断を得て膀胱温存状態で抗癌剤治療を開始した。

膀胱タンポナーデを来した全身性アミロイドーシスの1例：小林達矢，萩原暢久，多賀英人，朴 英寿，岩田 健，宮下浩明（近江八幡市立総合医療セ） 83歳，女性。肉眼的血尿，尿閉を主訴に受診。CTにて膀胱内に血腫を認め膀胱タンポナーデと診断。生食灌流による保存的加療を施行するも軽快せず，経尿道的電気凝固術および膀胱生検術施行。膀胱生検の病理所見でグアイロン染色陽性，トランスサイレチン（TTR）陽性であり，遺伝子検査により野生型TTR型アミロイドーシスと診断した。慢性関節リウマチに伴う全身性アミロイドーシスにより膀胱タンポナーデを来した症例は本邦で9例報告されて

いるが、TTR型アミロイドーシスにより膀胱タンポナーデを生じた報告は、本症例が初めてであった。治療後5カ月を経過したが、肉眼的血尿の再発を認めていない。

梅毒とクラミジアの同時感染を治療した1例：塩山力也，高橋 彰
(洛西ニュータウン) 26歳，男性。家族歴，既往歴に特記すべきことなし。2週間前から龟头部の疼痛，腫脹，化膿を自覚し当科外来受診。陰茎龟头部および環状溝部に膿の付着した潰瘍形成3カ所認め

た。また，外尿道口より膿尿も認めた。梅毒を疑いつつ確定診断がつかずまで皮膚潰瘍としてタゾシン点滴とアモキシシリン内服。梅毒判明後はアモキシシリン1,000mg/分4投与とした。1週間後にクラミジア尿道炎の合併が判明したのでアジスロマイシン2g単回投与。その後はアモキシシリン1,500mg/分3に増量して加療。治療開始4週間後には潰瘍部は完全に上皮化していた。近年，梅毒の流行について注意が促されている。これまで梅毒を診ることがほとんどなかった施設でも備えが必要と思われる。