

学会抄録

第236回日本泌尿器科学会関西地方会

(2017年10月7日(土), 於 兵庫県私学会館)

Trousseau 症候群で発見された左腎細胞癌の1例: 藤原真希, 田代結, 白石裕介, 宗田 武, 岡田卓也(北野) 55歳, 男性. 右上下肢脱力を主訴に当院救急外来受診. 頭部 MRI で多発性脳梗塞を認めたが, 血栓症の原因となる循環器疾患はなく, 造影 CT で肺・リンパ節転移を伴う左腎腫瘍を認めた. Trousseau 症候群を伴う腎細胞癌と診断し左腎摘除術と傍大動脈リンパ節郭清を施行. 病理は spindle cell carcinoma であった. 術後も低分子ヘパリンの投与を継続したが脳梗塞の再発と DIC の進行認め, 術後2カ月で死亡した. 大きさに関わらず臓器転移を有する Trousseau 症候群の症例は, すでに根治不能な進行癌と推察される. 原疾患および本症候群に対する cytoreductive を含む原発巣摘除は無効となることが多く, 慎重に判断すべきである.

当院における転移性腎細胞癌に対するニボルマブ(オプジーボ®)の初期使用経験: 田 寛之, 脇田直人, 三浦徹也, 八尾昭久, 井上隆朗(兵庫県立がんセンター) 当院における転移性腎細胞癌に対するニボルマブの初期使用経験について報告する. 2016年10月以降に転移性腎細胞癌に対してニボルマブによる治療を開始した5例における治療効果や有害事象について検討した. 観察期間中央値は5.3カ月と短いものの, 最大治療効果は5例中PRを2例, SDを3例に認め, 全例において重篤な有害事象は認めなかった. 最終転帰は1例のみPDであるが, その他は全例投与を継続していた.

鑑別に苦慮した腎盂癌・腎細胞癌重複癌の1例: 梁 英敏, 賀来泰大, 安藤 慎, 結縁敬治, 山下真壽男(神鋼), 市川一仁(同 病理診断科) 39歳, 女性. 特記すべき家族歴なし. 27歳時に卵巣嚢腫にて腹腔鏡下摘除術の既往あり. 左側腹部・血尿を主訴に前医受診. CTで左腎腫瘍を疑われ当科紹介受診. 左腎下極に8cm大の腎盂への浸潤を伴う腫瘍を認めた. 尿細胞診陰性で腎細胞癌の診断で腹腔鏡下左腎摘除術施行. 病理結果は Papillary renal cell carcinoma type II, G3, INF, v1, ly0, ig, fc0, im0, rc-inf1, rp-inf1, s-inf0, pT2a および腎盂から尿管にかけての invasive urothelial carcinoma, high grade, INFa, pT1, lyo, vo, u-l0, RM0 であった. 術後希望にて開腹残存尿管摘除術を施行. 摘出標本の病理所見上悪性所見を認めず, 現時点で再発を認めていない.

膀胱転移を来した腎細胞癌の1例: 早川啓太, 小林達矢, 萩原暢久, 朴 英寿, 岩田 健, 宮下浩明(近江八幡市立総合医療セ) 87歳, 男性. 2015年1月, 肉眼的血尿に対する精査にて最大径10cmの腎細胞癌を認め, cT3aN0M0と診断. 同年4月根治的右腎摘出術を施行. 病理診断は Clear cell carcinoma, G2>G1, INFa, v0, ly0, eg, fc0, im0, rc-inf1, rp-inf1, s-inf0, pT2a であった. 2017年1月, 単純 CT にて膀胱内に14mmの腫瘍を指摘された. 膀胱鏡にて, 前壁に結節型有茎性腫瘍を認めた. MRI にて表在型腫瘍と判断し, 同年2月にTUR-Btを施行した. 病理所見は Metastasis of clear cell renal cell carcinoma であった. 腎細胞癌の膀胱転移は非常に稀であり, われわれが調べた限りでは本邦での報告例は47例で, 本症例は48例目であった. 本症例では腎盂浸潤を認めたが, 膀胱以外の臓器への遠隔転移を認めなかったため, 尿流性の転移が疑わしいと考えられた.

両側膀胱尿管逆流症の術後に薬剤性腎障害による急性腎不全を呈した1例: 佐藤 亘, 小林憲市, 小田和哉, 中川翔太, 沖中勇輝, 伊狩亮, 富田圭司, 水流輝彦, 吉田哲也, 影山 進, 上仁数義, 成田充弘, 河内明宏(滋賀医大) (症例) 13歳, 男性. 繰り返す尿路感染症で受診. 抗菌薬でアレルギー歴あり. (診断・経過・治療) 画像検査および血液生化学検査で, 左腎機能の著大な低下, CKD stage III と診断された. 腹腔鏡下膀胱尿管逆流症手術施行. 術後, 腎後性腎不全が考えられたが臨床経過より腎後性腎不全として矛盾していた. 薬剤性腎不全も考慮し, 被疑薬と考えられたアセトアミノフェン, セフメタゾール中止. 改善を認めなかったため診断的治療としてプレドニゾロン 60mg 開始し良好な経過が得られた. (臨床診断) DLST の結

果アセトアミノフェンで陽性であった. (結論) 術後腎後性腎不全として臨床所見が合致しない場合, 薬剤性腎障害も考慮する必要があった.

腎摘除術を施行した後腎性腺腫の1例: 安富正悟, 斎藤允孝, 加藤良成, 井口正典(市立貝塚), 山崎 大(同 病理科) 症例は35歳, 女性. 近医での腹部エコーで右腎腫瘍を指摘され当科紹介. 単純 CT で腫瘍は50×43mmで腎実質よりやや高吸収, 造影 CT では動脈相で中心部が淡く造影され, その後全体が徐々に造影された. MRI T1 強調画像で腎とはほぼ等信号, T2 強調画像で腎よりやや低信号, 拡散強調画像で高信号であった. 腎癌の可能性を否定できず後腹膜鏡下右腎摘除術を施行した. 病理組織診断は, 繊維性被膜を認めず, 小型のN/C比の高い腫瘍細胞が腺房状・管状構造を示して密に密にあり, 免疫染色で WT-1 陽性, AMACR 陰性で後腎性腺腫であった. われわれが調べた限り後腎性腺腫は本邦56例目となる. 術前画像診断が困難であるため術中迅速診断1例を除き腫瘍摘除後の診断であった. 画像診断が困難な腎腫瘍の場合は後腎性腺腫の可能性を考慮すべきである.

右腎血管筋脂肪腫自然破裂の1例: 大西美貴子, 星山文明, 田中雅博(大阪回生) 63歳, 女性. 主訴は右腰背部痛および肉眼的血尿. 46歳時に第8胸椎圧迫骨折で他院入院中に35×45mmの右腎血管筋脂肪腫を指摘. 自然破裂のリスクについても説明されたが, 本人希望で経過観察された. 57歳時当科初診. 前医と同様の方針で, 定期的な画像検査を行った. サイズ変化なく経過していたが, 63歳時, 上記主訴で当院救急搬送された. 単純CTで右腎血管筋脂肪腫からの出血と腎盂への穿破を認めた. 保存的加療で出血コントロールはできたが, 40°Cの発熱, 炎症反応上昇あり. 敗血症・DIC・MOFに発展するリスクがあり, 3病日に開腹右腎摘出術施行した. 術後のVCGでは膀胱変形(小川の分類G3)を認め, 神経因性膀胱と診断. CIC指導を行った後に退院. 神経因性膀胱による慢性的な尿路感染を背景とし, 腫瘍の腎盂穿破・交通が敗血症の引き金となったと考えられる.

類上皮型AMLと鑑別が困難であった腎MEST(Mixed epithelial and stromal tumor)の1例: 宮崎慎也, 岡本 麻, 堀内大介, 石田博万, 中ノ内恒如, 三神一哉(京都第一赤十字), 樋野陽子, 浦田洋二(同 病理診断科), 松ヶ角 透(京都中部総合医療セ) 56歳, 女性. 左背部痛を主訴に当院受診. CTで左尿管結石と右腎腫瘍を指摘された. CT・MRIで脂肪成分と嚢胞成分を有する造影効果に乏しい腫瘍を認め, 類上皮型腎血管筋脂肪腫と診断. 経時的に増大傾向を認め, 腹腔鏡下右腎摘除術を施行. 病理上, 上皮成分と間質成分を含む細胞異型の乏しい腫瘍であった. 免疫染色でAMLに特異的なHMB45, MelanAが陰性. エストロゲン・プロゲステロンレセプターがともに陽性であることから腎Mixed epithelial and stromal tumorと診断した.

回腸導管造設術後, 左珊瑚状結石の1例: 今井聡土, 佐野貴紀, 遠藤貴人, 安福富彦, 村蒔次, 山田裕二(尼崎総合医療セ) 73歳, 男性. 膀胱全摘除, 回腸導管造設術後17年. 無症候性肉眼的血尿の精査にて左腎に珊瑚状結石(56×20mm), 導尿管尿管吻合部に陥頓する左尿管結石(28×7mm)を認め紹介受診. 手術はPNL, f-TULおよび経導管的結石砕石術併用PNL(ECIRS)を施行し完全砕石しえた. 結石分析: リン酸Mg・NH₄で, 現在再発なく定期通院中である. 回腸導管造設術後の尿路結石は吻合部狭窄による尿流停滞, 代謝性アシドーシス, 構造的変化などにより起こり, また, その頻度は4.8-11.8%と比較的高い. しかしながら, 治療法が確立されていないのが現状である. 術式は結石のサイズ, 位置, 硬さなど結石の要因に加え, 回腸導管造設によるバリエーションといった患者側の要因により, 術式には柔軟な対応が求められる.

術中に判明した交差性腎変位の1例：測上靖史，寒野 徹，船田 哲，岡田 崇，東 義人，山田 仁（武田総合） 69歳，女性。既往歴：側彎症，卵巣嚢腫。2009年より左腎結石でフォロー中。左上腎杯に28×13mm，CT値1325HUの結石あり2016/9経尿道的腎砕石術（f-TUL）を施行した。術中造影で左上腎杯が造影されず，重複腎盂尿管を疑ったが，尿管の分岐や別の尿管口も認めなかった。術前に単腎症と診断されていたが，右尿管口を認め，造影すると正中を越え左上腹部が造影され，交差性融合腎であることが判明した。腎盂まで硬性尿管鏡にて到達可能であり，軟性尿管鏡にてレーザーで碎石。残石は4mm以下の小結石2個のみであった。交差性腎変位にf-TULを施行した症例報告は非常に稀で，検索しえた文献2例と検討すると硬性尿管鏡での腎盂付近までの到達，腎盂と結石との角度が碎石の可否を左右するように思われた。

対側副腎のみに転移を伴った右腎癌の1例：高森 一，高橋雄大，提箸隆一郎，河野有香，加藤敬司，川西博晃，奥村和弘（天理よろづ） 75歳，男性。糖尿病，慢性腎不全に対して，近医で治療中，血糖コントロール不良となったため，造影CTを撮影。右腎癌，左副腎転移の診断。二期的腹腔鏡手術の方針とした。まず腹腔鏡下右腎摘除術を施行。淡明細胞型腎細胞癌であった。進行抑制目的にスニチニブを2カ月間投与し，原発巣摘出から3カ月後に腹腔鏡下左副腎摘除術を施行した。病理所見は原発巣と類似していた。術後2年，再発なく経過している。

ニボルマブ投与により著効するも間質性肺炎を発症した腎細胞癌肺転移の1例：木枕 舞，吉永光宏，上戸 賢，佐藤元孝，中山治郎，三宅 修（市立豊中） 症例は69歳，男性。主訴は呼吸苦。2014年11月右腎癌（cT2aN0M0）に対して腹腔鏡下右腎摘除術施行，病理結果はclear cell carcinoma，pT3a，G3>>G2であった。2014年9月に左肺転移・胸膜転移出現。2014年12月よりスニチニブ，アキシチニブ，エベロリムス，パゾパニブ，ソラフェニブと使用するも転移巣は増大したため2017年2月ニボルマブ開始した。2017年6月7コース目投与後呼吸苦出現胸部CT検査で間質性肺炎像を認めた。ニボルマブの投与を中止しステロイド療法を開始した。間質性肺炎は改善，ニボルマブ中止後も無治療で転移巣は縮小を維持している。

腎部分切除術後，後腹膜腔に再発を認めた腎癌の2例：上田祐子，射場昭典，上野 駿，岩橋悠矢，宮井晴加，井口孝司，若宮崇人，山下真平，西澤 哲，柑本康夫，原 勲（和歌山医大） 症例1：63歳，男性。2014年7月3.8cm大の左腎癌cT1aN0M0に対し後腹膜腔下腎部分切除術施行。病理組織は淡明細胞癌，pT1a，G1，v（-），断端陰性。以降再発なく経過していたが2年8カ月後CTで左腸腰筋前面に2カ所再発を認め2017年6月腹腔鏡下に腫瘍と腎を一塊に摘除した。症例2：76歳，男性。2011年2月2cm大の右腎癌cT1aN0M0に対し後腹膜腔下腎部分切除術施行。病理組織は淡明細胞癌，pT1a，G2>G1，v1，断端陰性。以降再発なく経過していたが6年後CTで右腎周囲に多発再発を認め2017年5月腹腔鏡下に腫瘍と腎を一塊に摘除した。

動脈塞栓術と経皮的ドレナージにより腎機能を温存しえた腎断裂後尿漏の1例：伊藤拓也，奥田洋平，竹澤健太郎，川村憲彦，轟原宏一，谷川 剛，高尾徹也，山口誓司（大阪急性期・総合医療セ） 40歳，男性。交通外傷による右腎断裂で当院救命救急センターに搬送され，緊急TAEが施行された。第5病日のCTで尿漏が判明し当科紹介となった。尿管ステントを留置するも尿漏は改善せず，第13病日にTAEによる腎機能部分廃絶術と経皮的ドレナージを施行した。尿漏は次第に減少し，第54病日にドレーン抜去，第140病日に尿管ステントを抜去し，腎機能はCr 0.65mg/dlに安定した。腎断裂後の尿漏はほとんどの症例がドレナージのみで軽快するが，ドレナージ不応症例も散見される。本症例ではTAEによる腎機能部分廃絶術や尿管ステント留置，経皮的ドレナージの併用により，腎機能を温存し得たためその1例を報告する。

抗凝固薬と抗血小板薬内服患者に対してII型損傷腎を移植生着しえた1例：谷口俊理，加納陽介，藤原裕也，市橋 淳，小林大介，松永友久，堤 岳之，辻野拓也，齋藤賢吉，小村和正，伊夫貴直和，平野一，福元輝生，能見勇人，東 治人（大阪医大） 症例は64歳，男性。透析歴17年。今回献腎移植目的に入院。62歳時に大動脈弁置換術

および冠動脈バイパス術施行後のため，ワルファリンなど内服していた。ドナーは34歳，男性。転落による外傷性クモ膜下出血により救急搬送され，術後6日目に脳死判定となった。救急搬送時II型損傷腎を認めたが，2日後の動脈造影では造影剤の漏出は認めなかった。脳死下に腎提供も，摘出腎は被膜損傷および腎実質の裂傷があるも保存的に移植施行した。術後4日目に腎周囲の血腫増大認めたが，保存的治療により軽快した。移植腎機能は良好で無事退院した。抗凝固・抗血小板薬内服患者に腎外傷併うドナー腎移植を経験したので，若干の文献的考察を加えて報告する。

術前診断で副腎悪性腫瘍が疑われた副腎 Black Adenoma の1例：田代裕己，千葉公嗣，岡田桂輔，古川順也，重村克巳，原田健一，石村武志，松下 経，日向信之，中野雄造，藤澤正人（神戸大） 47歳，男性。高血圧精査中に左副腎腫瘍を指摘され，当科紹介受診。身体所見および内分泌学的検査よりsubclinical Cushing 症候群と診断した。単純CTで左副腎にφ42mmの腫瘍を認め，CT値は50HUと高値であった。MRI chemical shift imaging のout-of-phaseは信号低下に乏しく，副腎皮質癌の可能性も否定できなかったが，非典型的な腺腫の可能性が高いと判断し腹腔鏡下左副腎摘除術を施行した。腺腫は割面が黒色調のBlack Adenomaであった。副腎 Black Adenomaは脂肪成分に乏しいため，画像上副腎皮質癌との鑑別を要することがある。

腹腔鏡下膀胱部分切除術を施行した膀胱平滑筋肉腫の1例：川端大輝，平林康男，福田 武（橋本市民） 56歳，男性。無症候性肉眼的血尿を認め当科紹介受診。初診時の血尿および尿検査では特記すべき異常は認めず，尿細胞診陰性であった。膀胱鏡では後壁から頂部に表面平滑な粘膜下腫瘍を認めた。明らかな遠隔転移は認めず，腹腔鏡下膀胱部分切除術を施行し，膀胱平滑筋肉腫の診断であり切除断端は陰性であった。膀胱平滑筋肉腫は全膀胱腫瘍の1%にも満たない頻度の低い疾患であり，高齢者に好発し，やや男性に多い特徴がある。術前の生検による組織の確定は必須ではなく，治療としては切除可能であればまず手術による腫瘍切除が第一選択になる。これまでは膀胱全摘が一般的と考えられてきたが，発生部位や大きさを考慮し，画像上完全切除が可能と判断される場合には部分切除術も選択肢の1つと考えられる。本症例では術後1年3カ月再発なく経過している。

小脳転移，肺転移を有した浸潤性膀胱癌に対して集学的治療が奏功した1例：八田原広大，濱田彬弘，小山梨恵，増井仁彦，七里泰正（市立大津市民） 70歳代，男性。頭痛，めまいを主訴に受診。頭部CTで右小脳半球に腫瘍を認め，転移性脳腫瘍が疑われた。体幹部CTで膀胱頂部に尿尿管癌を疑う腫瘍，右肺上葉に転移を疑う単発の結節性病変を認めた。膀胱腫瘍のTURによる組織診断ではurothelial carcinomaの診断，右小脳腫瘍の摘出標本に同様の腫瘍を認め，脳転移と診断した。術後，小脳に対して放射線治療を施行。浸潤性膀胱癌小脳転移，肺転移と診断しGC療法2コース後に腹腔鏡下膀胱全摘除術を施行。全摘標本では壊死組織の中にviable cellを認め，腫瘍が正常膀胱粘膜に覆われている所見を認めた。以上より最終診断は尿管尿管路上皮癌とした。肺腫瘍に対してVATS施行後，14カ月間CRを維持している。きわめて稀な尿管尿管路上皮癌の1例を経験したので報告する。

膀胱癌 micropapillary variant に対し，化学・放射線療法が奏功した1例：西本光寿，桑原 賢，花井 禎，江左篤宣（NTT大阪） 80歳，男性。膀胱腫瘍で近医から紹介された。既往歴に肺気腫・高血圧を有する。尿細胞診class V。201X年6月TURBTを施行，病理診断はUC with micropapillary variant (MPV)であった。右外腸骨リンパ節転移を認め，病期診断はT2bN1M0，stage IVであった。膀胱温存療法を希望したため，化学療法（GC）を4コース施行後，シスプラチン併用放射線療法（40Gy）を施行した。治療開始後25カ月，化学・放射線療法後18カ月経過した。原発巣・リンパ節の増大や新病変を認めていない。検索しえた限り，本邦でのMPV報告例は30例，初期治療のTURで診断しえたのは12例であった。病期別の治療方法について文献的考察を加えて報告する。

膀胱全摘を施行したのちに術後CDDP+CPT-11療法を施行中の前立腺大細胞癌の1例：吉内皓樹，立花大和，山崎健史，任 起弘，大年太陽，井口太郎，玉田 聡，内田潤次，仲谷達也（大阪市大） 54歳，男性。右精索水腫の既往歴あり。右鼠径部痛および頻尿のため前

医受診、膀胱腫瘍を疑われ当科紹介となる。PSA 22.70 ng/ml、尿細胞診 class II。膀胱鏡下に膀胱頸部から前立腺尿道の非乳頭状腫瘍を認め生検施行、UC high grade の所見であった。精査にて、cT4aN2M0膀胱癌と診断。GC 2 コース施行もPD であり、膀胱全摘術および回腸導管造設術を施行。組織診断の結果、pT4N1M0 前立腺大細胞神経内分泌癌と診断。術後 GnRH アンタゴニストおよびシスプラチンおよびイリノテカンによる化学療法を施行中で、3 コース目終了時点では、局所再発および遠隔転移の出現は認めていない。本疾患は非常に稀で今回われわれは、新規発症の同疾患の1例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

陰茎癌術後の尿道断端に上皮内癌を認め尿道膀胱全摘除術を施行した1例：本田俊一朗、藤原敦子、小倉涼太、大西伸和、原田雄基、金子昌里南、安食 淳、福井彩子、針貝俊治、平岡健児、白石 匠、本郷文弥、沖原宏治、浮村 理（京府医大）59歳、男性。膀胱癌（UC, pTaN0M0）と陰茎癌（SCC, pTisN0M0）の重複癌に対しTURBTおよび陰茎部分切除を同時施行。その2年後に尿細胞診陽性にも関わらず膀胱鏡および画像上腫瘍を認めず、尿道断端を生検し膀胱癌の再発（UC, cTisN0M0）を認めたため、膀胱尿道全摘除術を施行することで根治切除した。表在性膀胱癌の前部尿道再発は頻度が低く、膀胱癌ガイドラインでもこれについて明確に検査や治療の記載はなされていない。しかし、表在性膀胱癌の前部尿道再発は予後不良との報告もあり、尿細胞診陽性で他に原因病変が見つからない場合には前部尿道の生検も考慮すべきと考える。

前立腺癌転移が疑われた中枢神経原発悪性リンパ腫の1例：弓場 寛、栗林宗平、辻 博隆、波多野浩士、中井康友、垣本健一、西村和郎（大阪国際がんセンター）64歳、男性。当科にて2012年6月前立腺癌cT3bN0M1bと診断、ホルモン療法を開始。去勢抵抗性前立腺癌となり、ドセタキセル療法、カバジタキセル療法を施行するも多発肺転移が出現。エンザルタミド投与開始後、肺転移は画像上CRとなったが、左同名半盲と歩行時ふらつきが出現。近医脳外科で施行したCT、MRI 検査にて脳腫瘍を指摘された。造影MRI 所見から前立腺癌転移を疑うも、当院脳外科にて2016年1月に施行した開頭腫瘍生検により悪性リンパ腫と判明。中枢神経原発悪性リンパ腫と診断し、全脳照射を施行、画像上CRを得た。その後1年4カ月、エンザルタミド投与中に病勢進行なく経過している。上記症例を経験し、若干の文献的考察を加えて報告する。

アムルピシンが奏効した前立腺小細胞癌の1例：前阪郁賢、中井靖、富澤 満、尾張拓也、三宅牧人、井上剛志、穴井 智、田中宣道、藤本清秀（奈良医大）症例は50歳、男性。排尿痛を自覚し近医受診。PSA 16.9 ng/ml、骨盤MRI で前立腺癌を疑われ当科紹介。精査で前立腺癌 cT2cN0M0、Gleason score 5+5、Mixed small cell carcinoma and adenocarcinoma の診断。根治的前立腺摘除術を施行。病理所見で、pT4N1、mixed small cell carcinoma and adenocarcinoma の診断。術後に FDG-PET/CT で腰椎に多発する集積を認めた。シスプラチン・イリノテカン併用化学療法（PI 療法）、およびアンドロゲン除去療法を開始。PSA は 0.003 ng/ml 未満となるも、PI 療法2コース後、第2腰椎に新規病変が出現し、アムルピシン単剤による化学療法に変更。腰椎の転移巣に対し疼痛緩和目的で放射線照射（37.5 Gy）を併用。その後新規病変の出現なく経過。アムルピシン15コース後 FDG-PET/CT で骨への集積はすべて消失。Complete Metabolic Response (PERECIST) と診断。アムルピシンを休薬。休薬後7カ月経過するも FDG-PET/CT および骨シンチグラフィで再発は認めない。

前立腺肉腫術後局所再発とリンパ節転移に対して化学療法後、重粒子線治療を併用し完全寛解を得た1例：金城友紘、阿部豊文、福原慎一郎、藤田和利、木内 寛、植村元秀、今村亮一、野々村祝夫（大阪大）28歳、男性。無症候性肉眼的血尿を認め近医を受診。CT で前立腺内に腫瘍性病変を指摘され、前立腺生検を施行し前立腺肉腫と診断。加療目的に当科紹介となった。前立腺肉腫 cT2cN0M0 に対し、恥骨後式前立腺全摘除術施行、病理診断は前立腺間質性肉腫であった。3カ月後に膀胱壁、膀胱尿道吻合部に再発を認め、ゲムシタピン+ドセタキセル療法を6コース施行するも膀胱直腸窩、右閉鎖リンパ節に新規病変を認めた。アドリアマイシン+イフォスファミド療法に変更しPRを得たが、副作用が強く患者が化学療法継続を拒否したた

め、重粒子線治療を選択。残存病変に重粒子線治療施行し、完全寛解を得た。照射後2年間経過した現在、再発を認めていない。

経直腸の前立腺生検後に硬膜外膿瘍を来した1例：福永有伸、根来宏光、今井一登、奥野智也、池内亮介、日紫喜公輔、後藤崇之、澤田篤郎、赤松秀輔、齊藤亮一、小林 恭、山崎俊成、井上貴博、小川修（京都大）60歳代、男性。既往歴に糖尿病あり。前立腺生検後の菌血症治療中、生検後11日目に頸部痛、20日目に両上下肢運動神経障害が出現した。頸椎MRIにて硬膜外膿瘍と診断し、緊急頸椎除圧固定術を施行した。血液培養・膿培養はともにLVFX 耐性 *E. coli* であった。術後2カ月時に運動障害は完治し、半年時に知覚障害を軽度残すのみで改善した。前立腺生検後の硬膜外膿瘍形成は稀な病態であり、診断までに時間を要するケースが多い。背部痛・神経障害・発熱の三徴候を認めた際は同疾患を鑑別に挙げ、積極的にMRIを撮像し、治療には移行性を考慮した抗菌薬変更およびドレナージが重要であると考えられた。

成人尿道下裂術後の排尿障害が、前立腺小室 unroofing で自排尿可能となった1例：大嶋浩一、兼松明弘、赤木直紀、貝塚洋平、重坂光二、田口元博、中西裕佳子、山田祐介、橋本貴彦、鈴木 透、呉 秀賢、野島道生、山本新吾（兵庫医大）20歳代、男性。幼少期の数度に渡る尿道下裂修復術後に排尿障害を来し、受診。形成尿道に狭窄はなく、VCUG では前立腺小室を認めるものの、尿道に閉塞起点はなし。膀胱容量や膀胱内圧は正常範囲内であり、尿道弁を認めない。形成尿道出口部での狭窄を疑い、形成尿道 cut back を施行も、排尿障害は改善されず、膀胱瘻造設が必要となった。経直腸エコーにて排尿時の尿道を観察することで、前立腺小室のために、前立腺部尿道の6時方向がフラップ状となり、排尿の妨げとなっていることが確認された。前立腺小室 unroofing を行うことで、排尿障害は著明に改善された。本症例は、小径の前立腺小室による機械的閉塞で排尿障害を来した初めての症例である。

肺転移を来した精巣セトリ細胞腫の1例：羽間悠祐、砂田拓郎、増田憲彦、吉川武志、吉田 徹、清川山彦（京都市立）45歳、男性。2009年4月、右陰嚢違和感を主訴に前医受診。触診で右陰嚢に硬結を触れ、右精巣癌の疑いで当科紹介。PETCT では同部位に集積を認める以外の病変は認めず。精巣癌腫瘍マーカー（LDH、AFP、HCG-β）は陰性。右精巣癌 cT1N0M0 の診断のもと、2009年5月、右高位精巣摘除術施行。病理組織学的にセトリ細胞腫。壊死・出血巣の存在や核異型像の存在、核分裂像の増加など、悪性と判断される項目を満たし、悪性セトリ細胞腫（pT1N0M0）と診断した。追加治療なく経過観察していたが、術後約5年の2014年7月に左肺に結節が出現し、同年9月、胸腔鏡下左肺部分切除術施行。病理組織学的に精巣セトリ細胞腫の転移再発と診断。その後も追加療法は施行せず経過観察。肺転移巣摘出術後約3年を経過した現在、新たな再発・転移を認めていない。

左陰嚢部痛を初期症状とし診断に難渋した結節性多発動脈炎（PN）の1例：鈴木一生、久保田聖史、牧田哲幸、鈴木良輔、土肥洋一郎、杉野善雄、井上幸治、川喜田陸司（神戸市立医療中央市民）、志水隼人（同 総合内科）76歳、男性。左陰嚢部痛を主訴に来院。来院時に発熱、高血圧を認めた。血液検査にてCRP 高値を認めた。カラードプラエコーにて左優位の両側精巣上体の血流亢進を認め、CTにて精索、精巣上体の腫脹と炎症を認めた。細菌性精巣上体炎の診断にて抗菌薬を投与するも軽快せず。結核や悪性腫瘍、血管炎などが鑑別に上がり、診断目的に左高位精巣摘除を施行。病理検査で中小動脈の炎症があり、症状も診断基準を満たすことからPNと診断した。ステロイド投与にて軽快した。PNは未治療では予後不良であり、稀に陰嚢部痛を初期症状とする。陰嚢部痛の診察時にはPNも念頭に置いて診断すべきである。

クリオグロブリン血症に伴う精索静脈血栓症の1例：松村直紀、橋本 士、大關孝之、本郷祥子、杉本公一、清水信貴、森 康範、南高文、野澤昌弘、能勢和宏、吉村一宏、植村天受（近畿大）患者は51歳、男性。主訴は左鼠径部痛および左陰嚢痛。クリオグロブリン血症にてステロイド内服中。両下肢深部静脈血栓症にてヘパリン Na からワルファリンへ置換後3日目に左鼠径部痛ならびに左陰嚢痛が出現し当科紹介受診。左精巣に血流は認めず左精索静脈に5mm大の血栓

を認めた。左精索を露出させると精巣固有鞘膜を突き破った鬱血した腫瘍を認めた。精巣の色調が悪く左高位精巣摘除術を施行。病理にて左精索動脈血栓症と診断。術後1カ月目ワルファリンへ置換後対側の右陰嚢に疼痛出現。右精索静脈血栓症を疑いヘパリンNaに置換後手術を行った。鬱血した右精索ならびに右精巣を認めたが、精巣の色調の改善があり精巣を温存した。精索静脈血栓症の報告例は調べうる限り19例であった。8例において、精索静脈を結紮後に精索静脈の腫瘍を切除する事で精巣を温存している。術中所見を正確に把握する事で不要な精巣摘除は避けられると考える。

成人巨大尿管に発生した尿管癌の1例：大森直美，畑中祐二，今西正昭（済生会富田林） 85歳，男性。糖尿病，脂質異常症，COPDで近医内科へ定期通院されていたが，肉眼的血尿，および尿潜血3+を認めたことから，精査目的に当科紹介受診となる。膀胱鏡検査で右尿管口より突出する腫瘍を認め，CTで両側巨大尿管と右尿管癌を認めたことから，巨大尿管症・右尿管癌の診断で，右尿管全摘除術+膀胱部分切除術を施行した。病理結果は尿路上皮癌・高異型度・浸潤癌，pT2N0M0であった。術後3カ月目の膀胱鏡検査で，膀胱内多発再発を認め，TUR-Bt施行。尿路上皮癌・低異型度・非浸潤癌，grade 2の診断であった。CTでは，その他転移再発を認めず，その後は慎重に経過観察している。

健診のLUTSに関する問診を契機に見つかった尿管癌の1例：市川和樹，大森千尋，中濱智則，初鹿野俊輔，松本吉弘，百瀬均（星ヶ丘医療セ） 51歳，男性。健康診断でIPSS中等症のため当科紹介。画像検査で左単純性尿管癌と診断。経尿道的尿管癌切除術を施行。IPSSは軽症へと改善。術後1年間経過するが再発を認めていない。2000年から2016年における本邦での15歳以上の単純性尿管癌の報告例はわれわれが調べた限りでは自験例を含めて39例存在した。そのうち54%に相当する21例がLUTSを主訴としており排尿症状が最も多い症状であった。今回，われわれは健診でのLUTSに関する問診を契機に発見された成人単純性尿管癌の1例を経験した。成人単純性尿管癌ではLUTSのなかでも排尿症状を主訴とすることが多く，排尿症状を主訴とする若年者の診察に際しては，尿管癌を鑑別診断のひとつとして念頭におく必要があると考えられる。

両側腎摘除術後に左残尿管蓄膿症を認めた1例：深江彰太，谷口歩，山中和明，中川勝弘，岸川英史，西村憲二（県立西宮） 症例は34歳，男性。既往歴に先天性二分脊椎症とそれに伴う側弯症と膀胱尿管逆流症があり，23歳時に逆流性腎症による慢性腎不全で血液透析導入し，24歳時に両側自己腎摘除術および母をドナーとする生体腎移植術を施行した。26歳時には拒絶反応により移植腎は廃絶し，再度血液透析を導入されている。数日前からの発熱を主訴に近医受診。抗生剤加療うけるも著効せず単純CTを施行され，左後腹膜腔に膿瘍形成を認めたため当科紹介受診。MRIでも左後腹膜腔に膿瘍と矛盾しない所見を認めた。残尿管蓄膿症疑いで尿管摘除術を施行した。摘出標本の残尿管管内は膿瘍を認めた。病理組織は炎症細胞浸潤は筋層まで及んでいた。術後は明らかな発熱なく経過している。

尿管結石嵌頓による腎破裂の1例：嶋谷公宏，善本哲郎，土井裕（明和） 49歳，男性。左尿管結石の自排石後も持続，増悪する左側腹部痛と発熱で受診。CTにて左腎実質の亀裂，被膜下血腫を認めた。破裂前は腎実質内に存在していた結石は腎実質外へ脱落していた。尿の溢流は認めず，尿管結石嵌頓に伴う腎盂内圧上昇による腎実質破裂と診断。Vital signは安定しており，安静，保存的加療にて軽快した。腎実質の菲薄化や腎実質内結石による脆弱性のある患者の腹痛では，腎破裂の可能性を考慮し精査，治療すべきであると考えられた。

尿管断裂を契機に診断された子宮平滑筋肉腫の1例：畑野翔太郎，高田秀明，水野桂，土橋一成，西川信之，高尾典恭，石戸谷哲，小倉啓司（大津赤十字），江本郁子，佐藤幸保（同産婦人科），白瀬智之（同病理診断科） 50歳，女性。201X-1年6月30日他院で子宮筋腫に対し腹腔鏡下子宮全摘術を施行し標本は細切にて回収。201X-1年12月27日腹痛にて当院受診。臍断端膿瘍として抗生剤加療したが改善せず。CT検査で右尿管断裂を認め201X年2月5日尿管再建術を施行。回収した組織片，切除回腸，尿管断端の病理で平滑筋肉腫を指摘。他院手術標本の追加切出しで子宮平滑筋肉腫を認め，子

宮平滑筋肉腫の播種による尿管断裂と診断。腹腔鏡手術後半年以上経過しての遅発性尿管損傷の報告は見られない。また子宮筋腫手術症例には稀に平滑筋肉腫が合併しており，FDAは細切を推奨しないとしている。子宮筋腫を細切で回収している場合は平滑筋肉腫の播種の可能性を考える必要がある。

DJステントがスーチャーで損傷した1例：清水卓斗，溝渕真一郎，大塚憲司，富岡厚志，細川幸成，林美樹（多根総合），藤本清秀（奈良医大） 65歳，男性。右尿管結石嵌頓による敗血症に対し，DJステントを留置。炎症反応は一時改善するもその後増悪し，敗血症に至った。KUBでDJの膀胱側の屈曲を認めた。DJを抜去し，SJステントに入れ替え，その後炎症反応は速やかに改善し，TULにて結石を除去し退院した。抜去したDJは附属のスーチャーによって損傷し，折れ曲がった状態であった。当科では以前から男性におけるDJステント留置の際に附属のスーチャーを尿道に残しておくことで抜去時の不快感軽減に努めてきたが，今回そのスーチャーによる合併症を認めたので報告する。

当科における金属製尿管ステントの使用経験：高橋岳佑，福田輝雄，古川順也，原田健一，松下経，重村克巳，石村武志，日向信之，中野雄造，藤澤正人（神戸大） 当科では悪性疾患による尿管外圧迫に対して金属製尿管ステントを2017年より使用しており，その初期治療成績を報告する。対象は11症例12尿管，男性5例，女性6例，年齢は15～93歳，原疾患は直腸癌5例が最多であり，観察期間は2～8カ月であった。ステント留置後，発熱，血尿，腎機能低下，膀胱刺激症状の合併症は認めず，膀胱直腸瘻を伴う症例でステント脱落を1例認めるのみだった。金属製ステントはポリマー製と比較して耐圧性に優れ，推奨留置期間は12カ月である。一方，他科領域の腫瘍性尿管閉塞症例の平均予後は10カ月未満と報告されている。金属製ステントは安全かつ有効な治療であり，余命とされる期間をステント交換なしで腎機能を保持することが期待できる。

腎盂原発小細胞癌の1例：大森千尋，市川和樹，中濱智則，初鹿野俊輔，松本吉弘，百瀬均（星ヶ丘医療セ） 84歳，女性。肉眼的血尿を主訴に当科初診。腹部造影CTで右腎盂内に造影効果に乏しい3cm大の不整形腫瘍を認め，腎盂癌cT3N0M0を疑った。201X年X月に後腹膜鏡下右腎盂尿管全摘除術を施行し，病理診断は小細胞癌，Grade 3，pT3，ly1，v1であった。術後補助化学療法は施行しなかった。術後1カ月のCTで多発肝転移を認め，さらに術後3カ月で仙骨転移を認めた。積極的治療は希望されず，術後4カ月で死亡した。腎盂原発小細胞癌は非常に稀な疾患で，われわれの調べた限り本症例を含め本邦で13例の報告がある。標準的治療は確立されておらず，その予後はきわめて不良である。

腎外傷のため，診断に苦慮した腎盂癌の1例：辻村剛，山本顕生，山道岳，中田渡，辻本裕一，任幹夫，辻畑正雄（大阪労災） 63歳，男性。2016年4月，階段から転落し左腰部を打撲，血尿と貧血を呈し紹介となった。CTにて両側腎盂尿管移行部結石と水腎症，さらに左腎盂内血腫を認めた。頻回の輸血とTAEを3回施行するも血尿と貧血は持続した。その後，リンパ節転移，骨転移，肺転移出現し，左腎悪性腫瘍も否定できず，左腎摘除術を施行。病理診断は左腎盂癌であった。現在，化学療法施行中である。外傷と血尿の程度に乖離がある場合，またTAE後も血尿持続する場合は悪性腫瘍を念頭に置くことが肝要と考えられた。

腎結石を伴う水腎症を呈した馬蹄鉄腎に対して後腹膜鏡下峡部離断術，腎盂形成術および抽石術を施行した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） 症例は63歳，女性。主訴は右腰部痛。既往歴として10年前に子宮体癌IIA期に対し子宮全摘および付属器摘除術後RT施行されている。CTで右水腎症，右腎結石および馬蹄鉄腎を認めており，有症状となったため当科紹介となった。当初は結石に対してESWLを検討したが，逆行性腎盂造影を施行したところ腎盂尿管移行部狭窄症を認めたため砕石後の排石困難が予想された。治療として仰臥位による後腹膜鏡下峡部離断術および腎盂形成術を行い，同時にトロカールから膀胱ビデオスコプを挿入して腎結石をバスケットカテーテルにて抽石することが可能であった。術後8カ月の時点で結石の再発なく経過良好で，腎レノグラムでも通過障害は改善を示している。

膀胱結核の1例：堀部祐輝，岡 利樹，田中 亮，山中庸平，金城孝則，惣田哲次，吉岡 巖，高田晋吾（大阪警察） 膀胱結核は特異的な症状に乏しく，診断に難渋することが多い。症状出現から診断まで1カ月以上要する患者は21%にのぼるともいわれている。症例は70歳，女性。排尿痛，頻尿を主訴に近医受診し，膀胱炎の診断で抗菌薬加療されていた。症状改善しないため当科紹介となった。検査では無菌性膿尿を認め，膀胱壁の肥厚および右側の尿管膀胱移行部より上流の水尿管，水腎症を認めた。膀胱上皮内癌の疑いで膀胱ランダム生検施行したところ病理所見で類上皮肉芽腫を認め，結核が疑われた。抗酸菌培養の結果で結核菌検出されたため膀胱結核の診断となり，抗結核薬を開始された。24カ月抗結核薬投与したところ，膀胱壁肥厚は改善し尿の抗酸菌培養も陰性化した。水腎症は増悪し，腎機能は廃絶した。治療終了後頻尿症状は改善し，現在は再燃なく経過している。

膀胱悪性リンパ腫の1例：大西篤史，安野恭平，江夏徳寿，岡本雅之，中村一郎（神戸市立西市民），薬師神公和（神戸大 腫瘍・血液内科） 76歳，女性。2014年7月に肉眼的血尿で前医を受診し，膀胱腫瘍を指摘され，当科紹介受診となった。膀胱鏡で4cm大の広基性結節型の腫瘍を認め，MRIでは周囲組織浸潤も疑われた。浸潤性膀胱癌疑いでTUR-Btを施行したところ，病理組織からびまん性大細胞型B細胞リンパ腫と診断した。転移検索で肺転移も否定できなかったため，膀胱原発悪性リンパ腫 病期 Stage IVA と診断した。その後，血液内科紹介受診となり，2014年9月からR-CHOP療法を開始した。R-CHOP 8コース後，PET-CTおよび膀胱鏡で残存病変は認めず，寛解と判定した。その後，3年間，再発なく経過している。

膀胱原発悪性リンパ腫の1例：間島伸行，松浦昌三，岩橋悠矢，上田祐子，宮井晴加，井口孝司，若宮崇人，山下真平，西澤 哲，射場昭典，根本康夫，原 勲（和歌山医大），弘井孝幸（同 血液内科），割栢健史（同 病理診断科） 80歳，女性。2017年4月より食思不振，体重減少を認め前医受診。両側水腎症を認めたことから尿閉を疑われ，尿道カテーテル留置したが改善を認めず，CTで膀胱後壁に局在性肥厚を指摘され，精査加療目的に当科紹介受診となった。組織診断目的にTURBTを施行した。病理組織所見でびまん性大細胞型B細胞リンパ腫の診断。表在リンパ節を触知せず，CT上でもリンパ節腫大を認めないことから，膀胱原発悪性リンパ腫（stage IE）と診断した。R-THP-COP療法を開始し，grade 3の抑うつ症状出現を認めBSCとなった。膀胱原発悪性リンパ腫は中年以上の女性に多く，MALT，DLBCLが大半を占める。これらは化学療法や放射線療法が有効である。

診断に苦慮したPSA低値前立腺癌の1例：高橋俊文，船田 哲，瀨上靖史，寒野 徹，岡田 崇，東 義人，山田 仁（武田総合） 87歳，男性。近医にて血液検査を施行しBUN，Creの上昇あり，腹部超音波検査，腹部CTで左水腎症を認めたため，精査目的に当院泌尿器科紹介された。腹部CTにて前立腺左葉，左精嚢周囲を閉塞機転とした左水腎症，左水尿管症，その他左内腸骨，右鼠径部リンパ節の腫大を認めた。MRI画像では左前立腺左葉基部，左精嚢を中心に低信号の腫瘍性病変を認めた。18F-FDG-PET/CTにて直腸，前立腺，右前腹壁下，右恥骨に18F-FDGの集積増加を認めた。PSAは3.29ng/mlであり，その他腫瘍マーカーは正常範囲内であった。経直腸の前立腺針生検，経皮的右鼠径部リンパ節針生検，経尿道的生検を行い，全ての生検標本がPSA免疫染色陽性となり，前立腺癌 T4N1M1c と診断した。

ロボット支援前立腺全摘（RARP）後に恥骨骨髓炎を発症した1例：安福富彦，佐野貴紀，遠藤貴人，今井聡士，村蒔次，山田裕二（県立尼崎総合医療セ） 75歳，男性。PSA 13.6と高値，2016年12月の前立腺生検で前立腺癌と診断，膀胱鏡で肉柱形成，残尿 500ml認め，自己導尿指導を行った。生検後に急性前立腺炎を発症，尿培養で緑膿菌を検出した。2カ月後にRARP，骨盤リンパ節郭清術を施行。病理診断は前立腺癌，pT2bN0。術後41日目に恥骨部痛が出現，歩行困難も認めた。CTで恥骨後面に膿瘍形成，恥骨結合は離開し骨破壊を認め，恥骨骨髓炎と診断。恥骨部の膿瘍穿刺，培養を提出した。TAZ/PIPCを10日間点滴，膿瘍穿刺液，尿培養は陰性であり，LVFX 2週間点滴，LVFX 67日間内服追加，痛みは徐々に改善。診断後3カ月のCTで膀胱側側の膿瘍は消失した。恥骨骨髓炎は骨盤内手術後に稀に起こる合併症であり，RARP術後に恥骨部痛，歩行困難を訴

えた場合，本疾患を疑うべきと考えられた。

術前内分泌療法が奏効しRALPで切除しえた多房性嚢胞を伴う前立腺導管癌の1例：神尾絵里，矢西正明，島田誠治，小糸悠也，井上貴昭，吉田健志，駒井資弘，渡辺仁人，杉 素彦，木下秀文，松田公志（関西医大），小山 貴（倉敷中央 放射線科） 71歳，男性。肉眼的血尿を自覚し，他院受診。膀胱鏡で前立腺部尿道に腫瘍を認め，生検をされたが確定診断に至らず当科紹介。MRIで10cm大の多房性骨盤内嚢胞を認め，前立腺は右側に偏位。PSAは6.47ng/ml。前立腺生検を施行し，前立腺導管癌 Gleason score 4+4。cT3aN0M0の多房性嚢胞を伴う前立腺導管癌と診断，術前内分泌療法を開始。嚢胞は著明に縮小し，PSAの低下を認めたためRALPを施行。腫瘍は嚢胞部分で強固に癒着していたが摘出することができた。前立腺癌で大きな多房性嚢胞を伴う場合，多くは導管癌である。内分泌療法で，嚢胞の縮小が期待できるため，切除が難しいと判断される場合には，術前内分泌療法を考慮すべきである。

神経線維腫症I型に合併した副腎褐色細胞腫の1例：野井 拓，林哲也，山口唯一郎，藤本宜正（JCHO 大阪） 48歳，女性。既往に神経線維腫症I型が指摘されていた。前医で右乳癌精査目的に施行されたCTで左副腎に4.6cm大の腫瘤を認め，左腎と広範に接し，浸潤が疑われ当科紹介となった。高血圧は認めないものの，内分泌学的検査より褐色細胞腫が疑われた。MRI検査でも腫瘤の左腎への浸潤は否定しえず，腹腔鏡下左副腎摘除術を施行。術中は画像上指摘された浸潤は認めず，容易に腎臓との剥離が可能であり，その病理組織診断は褐色細胞腫であった。褐色細胞腫の悪性の経過を予測することは困難であると言われている。しかし，PASS（pheochromocytoma of the adrenal gland scaled score）での評価や，遺伝子褐色細胞腫の原因遺伝子の遺伝子診断は悪性化の推測に有用であると思われる。

後腹膜腫瘍摘出術を施行した結果，骨盤内動静脈奇形と判明した1例：佐藤克哉，大場健史，丸山 聡，田中宏和（兵庫県立加古川医療セ） 38歳，男性。会陰部痛を主訴に近医を受診し，超音波検査で膀胱左側に腫瘤を指摘され，当院へ紹介。触診で膀胱左側に弾性のある腫瘤を触れ，圧痛あり。造影CTで膀胱左側に径60mm大で比較的辺縁整の腫瘤あり。造影効果に乏しく，膀胱や前立腺由来は否定的であり，神経原性腫瘍が疑われた。後腹膜腫瘍摘出術を行った結果，標本に腫瘍性病変はなく，大小不規則に拡張した血管が見られ，骨盤内動静脈奇形との診断に至った。

後腹膜粘液線維肉腫の1例：岩西利親，堀井沙也佳，岸本 望，小林正雄，小野 豊（市立東大阪医療セ） 62歳，男性。健診で右腎下極に9cm大の腫瘤を指摘され当科紹介。右腎細胞癌の疑いで根治的右腎摘除術を施行。病理結果は後腹膜粘液線維肉腫であった。術後16カ月で肺転移を認め，肺部分切除術を施行。27カ月で後腹膜に局所再発を認め，腫瘍切除術を施行した。十分な切除縁の確保が困難であったこと，高悪性度へと進展していたことを考慮し，術後補助化学療法を行った。最終手術から5カ月経過したが再発を認めていない。後腹膜粘液線維肉腫に対する治療は外科的切除が唯一の根治的治療であるが，術後再発率が高く，完全切除症例でも術後化学療法を検討すべきではないかと考えられる。

腹腔鏡下に切除した後腹膜類皮嚢胞の1例：朝倉寿久，洪 陽子，片山欽三，鄭 則秀，原田泰規，西村健作（大阪医療セ） 症例は45歳，男性。2012年CTで骨盤内腫瘍指摘され経過観察されていた。2016年MRIにて腫瘍の増大傾向を認めたため精査加療目的に当科紹介。MRIで骨盤腔に4.5×3.5cmの腫瘍を認めT2強調像で内部低信号，拡散強調像で高信号であった。PET-CTでは辺縁部にSUVmax：1.0の集積を認めた。後腹膜悪性腫瘍を疑い腹腔鏡下摘除術を施行。病理結果は類皮嚢胞の診断であった。類皮嚢胞は成熟奇形腫に分類される。好発年齢は乳児，小児期であり成人発症は稀であり，男女比も女性に多いと報告されている。今回われわれが検索しえた成人男性発症の後腹膜類皮嚢胞は自験例を含めて13例であった。

患側精巣を温存しえたセルトリ細胞腫瘍の1例：村上彰徳，池田純一，河 源（済生会野江），渋谷信介（同 病理診断科） 30歳代，男性。数年前より右精巣に硬結を自覚。徐々に増大傾向を認め当科受診。血液検査では腫瘍マーカーの上昇を認めず，MRIで右精巣に11

mm 大の境界明瞭な結節を認め、造影 CT で右精巣に小結節状の石灰化が複数見られた。明らかな他臓器病変およびリンパ節腫脹は認めず。非胚細胞腫瘍が疑われ孤立性でサイズ小さく、挙児希望あり妊孕性低下を避けたいとの希望あり、右精巣部分切除術を施行した。精索を確保し血流遮断施行し、腫瘍を切除。迅速病理診断施行し、性索/間質腫瘍の診断。術後病理診断結果はセルトリ細胞腫瘍であった。セルトリ細胞腫瘍は発生頻度 1% 以下で約 10% は悪性と報告されている。かつては性索/間質腫瘍は高位精巣摘除術が第一選択であったが、腫瘍径が小さい場合には精巣部分切除も選択肢となる。

胆管癌精索転移の 1 例：澤田大輔，山田剛司，粥川成優，牛嶋壯，金沢元洪，内藤泰行，沖原宏治，浮村 理（京府医大） 74歳，男性。胆管癌に対して膵頭十二指腸切除術の既往あり。その 7 年後に右鼠径部腫瘍を自覚し近医受診。触診にて右鼠径部に母指頭大の圧痛を伴う可動性不良な硬結を認め、MRI・FDG-PET にて精索腫瘍が疑われたため、精査加療目的に当科紹介。画像上、原発性か転移性かの鑑別は困難であり、診断と治療を兼ねて高位精巣摘除術を施行した。病理組織学的診断は胆管癌の精索転移であった。転移様式は膵頭十二

指腸切除術時にリンパ節転移を認めていたことからリンパ逆行性転移が考えられた。転移性精索腫瘍の原発巣としては胃癌、結腸癌、睪癌、腎癌の順に多く、胆管癌の精索転移はきわめて稀であり、われわれが調べた限り本邦で 2 例目であった。

巨大精巣腫瘍術後の創離開に対してキャニスター不要陰圧閉鎖療法 (PICO) が有効であった 1 症例：玉井健太郎，菊池 堯，西岡 伯（近畿大堺） 25歳，男性。無痛性右精巣腫大を主訴に当科を受診。皮膚浸潤を伴う巨大精巣腫瘍を認め、即日高位精巣摘除術とともに一部皮膚合併切除を施行した。術前 CT にて転移所見なく、摘除標本重量は約 1,000 g で病理結果は embryonal, yolk sac, mature teratoma の mixed type であり、非セミノーマ、病期 1B, IGCCC good prognosis と診断した。術後第 10 病日に抜糸を行ったところ陰嚢創部離開を認め、カデックス軟膏を用いて創部処置を行うも創閉鎖不良であった。第 15 病日より PICO 使用を開始したところ早期に創閉鎖を認め、第 18 病日退院となった。退院後 adjuvant BEP 療法を 3 コース施行し、現在まで明らかな再発・転移所見なく経過している。