

学会抄録

第237回日本泌尿器科学会関西地方会

(2018年2月10日(土), 於 西宮市民会館)

AML 塞栓術後, 抜歯を契機に膿瘍形成を来した1例: 秋岡宏志, 福井真二, 家村友輔, 松村善昭, 影林頼明, 三馬省二 (奈良県総合医療センター), **山崎安寿弥** (同呼吸器内科), **末吉 智** (同放射線科) 腎血管筋脂肪腫 (AML) に対する予防的処置として, ①手術, ②選択的動脈塞栓術 (TAE) が標準治療として施行されている。TAE 後は膿瘍の縮小がみられるが, 今回 TAE 施行3年後に抜歯を契機に膿瘍形成を来した1例を経験したので報告する。[症例] 39歳, 女性。36歳時に AML に対し TAE を施行され経過良好であったが, 抜歯を契機に塞栓部に膿瘍形成を起こし, 敗血症に至った。血液培養, 膿瘍廃液から口腔内常在菌である嫌気性菌が検出された。ドレナージ, 抗生剤治療により改善した。[結語] AML の TAE 後に抜歯を契機に膿瘍形成を来した1例を経験した。TAE 後の抜歯の際には, 感染に注意する必要がある。

腸重積を呈した腎細胞癌小腸転移の1例: 高村俊哉, 野本剛史 (京都鞍馬口医療センター) 70歳, 男性。2006年に左腎細胞癌に対して開腹左腎摘除術を施行 (renal cell carcinoma, clear cell, G2, pT2bN0M0)。2009年に肺転移が出現し, インターフェロンにて加療していた。2017年5月に食思不振, 腹部膨満感を自覚し, 当科受診。CT で軟部腫瘍を先進部とした腸重積を疑うターゲットサインを認めた。小腸腫瘍による腸重積と診断し, 腹腔鏡下小腸部分切除術を施行。病理組織診断は腎細胞癌小腸転移であった。腎細胞癌小腸転移は比較的特異的であり, 若干の文献的考察を加えて報告する。

肉眼的血尿を契機に発見された血管破格の1例: 高橋雄大, 高森一, 河野有香, 加藤敬司, 川西博晃, 奥村和弘 (天理よろづ) 27歳, 女性。無症候性肉眼的血尿を主訴に他院受診。腹部 CT にて左腎静脈瘤を疑われ, 当科紹介。上大静脈が右心房に接合せず, 心臓後面を走行し左腎静脈に流入している静脈奇形であることが判明した。両上肢や頭部からの豊富な静脈血が奇静脈に流れて左腎静脈につながっていたため, 腎静脈の拡張や血尿の原因となったと考えられた。臨床上加らじ体静脈系の異常を把握しえたことは, 中心静脈ルート確保や心臓カテーテル検査のほか, 手術などの際には重要な情報になるかもしれない。

Birt-Hogg-Dube 症候群の1例: 迫 智之, 増田健人, 沖原宏治, 間山大輔 (京府医大北西部医療センター) 症例は72歳, 男性。検診の胸部X線写真で肺野異常陰影を指摘された。兄弟, 息子, 従弟に自然気胸の既往があった。胸部 CT 検査では両側に多発する肺嚢胞の他に左腎腫瘍を認め, 理学所見では顔面に多発湿疹と黒色結節を認めた。以上の所見から, Birt-Hogg-Dube 症候群 (以下, BHD 症候群) を疑った。開腹腎部分切除術施行し, 病理所見は嫌色素性腎癌であった。術後, 遺伝子解析にて FLCN 遺伝子に変異を認め BHD 症候群と確定診断した。BHD 症候群は, 高率に気胸を発症する多発肺嚢胞, 頭頸部の皮膚線維毛包腫, 腎腫瘍を3主徴とする。多発肺嚢胞および比較的特異的な組織型の腎細胞癌をみた場合には BHD 症候群を疑う必要があると考えられた。今後家族を含めたカウンセリングなど検討していく予定である。

腎摘出を行い救命した気腫性腎盂腎炎の1例: 吉田和裕, 山中邦人, 山口泰広 (明石市立市民), **吉井貴彦** (淀川キリスト教) 81歳, 女性。コントロール不良の糖尿病あり, 自宅で倒れているところを発見され他院へ救急搬送。敗血症性ショック, DIC と診断され当院転院搬送となった。腹部 CT で左腎実質全域に気腫性変化を認め, 気腫性腎盂腎炎と診断した。血小板値1.3万と低下しており, 認知症による不穏行動もあるため, 家族の意向で保存的治療となったが, その後徐々に状態改善し, 感染巣除去を目的に腎摘出術を行い救命した。気腫性腎盂腎炎の腎摘出術のタイミングについては明確な基準が定まっていないが, 本症例のように, DIC 離脱後に状態が改善したところ

で手術を行う選択肢もあると考えた。

膵臓腫瘍と鑑別困難であった Localized cystic disease of kidney の小児の1例: 藤本幸太, 松山聡子, 松井 太, 矢澤浩治, 松本富美 (大阪母子医療センター) 6歳, 女児。肉眼的血尿と右側腹部痛を主訴に前医受診。超音波検査にて右腎腫大, 多発嚢胞を認め, 精査・加療目的で当科紹介となった。造影 CT では右腎に2~10mm 大の大小不同の嚢胞を多数認めた。悪性腫瘍を否定できないため, 後腹膜鏡下右腎摘除術を施行した。病理組織像は, 腎皮質皮膜下近辺から髓質, 腎乳頭にかけて多数の被膜を持たず, 正常の腎組織に囲まれた嚢胞性病変で localized cystic disease of kidney と診断した。Localized cystic disease of kidney は非進行性で, 非遺伝性疾患で通常, 腎機能は正常である。成人では報告例はあるが, 小児での報告は稀である。

膵臓腫瘍と鑑別困難であった Localized cystic disease of kidney の小児の1例: 田代裕己, 石村武志, 岡田桂輔, 千葉公嗣, 古川順也, 重村克巳, 原田健一, 松下 経, 日向信之, 中野雄造, 藤澤正人 (神戸大) 59歳, 女性。膵臓腫瘍およびシェーグレン症候群でステロイド長期内服歴があり, 36歳で慢性糸球体腎炎に対して透析導入後, 57歳で膵臓腫瘍を施行。その翌年に原発性胆汁性肝硬変と診断され, 移植後21カ月時に下血を認めた。タクロリムス, MMF, ステロイド, エベロリムス, サラゾスルファピジンを内服, アバタセプト皮下注を常用。移植前抗体価は EBV および CMV に既感染の所見であり, 下血に対する下部消化管内視鏡検査では横行結腸およびS状結腸に深ぼれ潰瘍を認め, 生検し DLBCL の診断。画像検査では明らかな他臓器病変なく, 血中 EBV-DNA 高値であることから, EBV 関連 PTLD と診断。免疫抑制剤減量により, 内視鏡所見は経時的に改善し8カ月で寛解を認めた。

右心房に至る左腎癌大静脈腫瘍塞栓の1例: 玉井健太郎, 橋本士, 松村直紀, 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, 吉村一弘, 植村天受 (近畿大) 69歳, 女性。両側下腿浮腫で近医通院中。2017年8月の CT にて左腎腫瘍および右心房に至る腫瘍塞栓を認めたため紹介受診。当科受診時の造影 CT でも同様の所見を認めたが, 腎腫瘍の転移は認められず, 患者および家族にリスクなどを説明の上で手術を選択されたため, 左腎摘除および腫瘍塞栓摘除術を施行。泌尿器科, 外科, 心臓血管外科の三科合同での手術を施行し, 左腎摘除と腫瘍塞栓の摘除を施行した。病理結果は clear cell carcinoma (pT3c) Fuhrman grade 3 であった。術後, 肺炎や真菌感染症を認めたものの, 第21病日には陰転化を認めた。また第2に施行した CT では明らかな残存塞栓は認めなかった。第55病日には退院し, 2018年1月時点でも再発および転移を認めず, 無治療経過観察を行っている。

腎癌術後に膵転移を来した2例: 樋上健介, 柴崎 昇, 赤尾利弥 (洛和会音羽) ①62歳, 男性。14年前に左腎癌に対して腹腔鏡下腎摘出術を施行。CT にて主膵管拡張および膵体部に多血性腫瘍を指摘され当科受診した。主膵管洗浄ブラシ細胞診および超音波内視鏡下穿刺吸引法 (EUS-FNA) では確定診断に至らず膵体尾部切除術を施行。病理標本にて腎癌膵転移と診断した。②81歳, 女性。17年前に右腎癌に対して開腹根治的腎摘出術を施行。腹部エコーにて膵臓体尾部に腫瘍を指摘され当科受診した。EUS-FNA にて病理組織学的に腎癌膵転移と診断した。全身転移検索の段階で stage IIIb の大腸癌が指摘され, 現在大腸癌治療を優先させている。

長期フォロー中のシスチン尿症の1例: 高橋俊文, 測上靖史, 船田哲, 寒野 徹, 岡田 崇, 東 義人, 山田 仁 (医仁会武田総合) 37歳, 女性。12歳時に右腰背部痛あり近医受診, 右腎結石を指摘された。当院泌尿器科紹介され ESWL 施行, その後も上部尿路結石に対し ESWL 計157回, TUL 計2回施行された。疼痛を認める場合や尿管結石, または結石のサイズが5~10mm の際に ESWL を施行した。ESWL による腎機能低下は認めず, 妊娠・出産などのライフイベント

トも可能であり、現在も明らかな問題なく日常生活が可能である。若年発症で再発を繰り返すシステム結石症例では保存的加療による薬物療法には限界があるため、早期のESWLの介入が腎機能増悪を防ぐ事に有用であると示唆された。

腹腔鏡下左腎摘除により腎癌腫瘍随伴症候の改善を認めた1例：大西伸和、白石 匠、原田雄基、安食 淳、福井彩子、山田剛司、針貝俊治、藤原敦子、金沢元洪、本郷文弥、沖原宏治、浮村 理（京府医大）、太田 凡（同救急医療部） 58歳、男性。水様便、四肢脱力にて救急搬送。血液検査にて肝胆系酵素上昇、炎症反応上昇、低K血症を認め緊急入院となった。画像検査で左腎上極から中極にかけて57mm大の腫瘍を認めた。低K血症、低Alb血症、不整脈、全身脱力、下痢などの症状は保存的加療にて改善を認めたが、意識障害や発熱、肝機能障害、炎症反応は改善を認めず、左腎癌による腫瘍随伴症候群と診断し、入院29日目に後腹膜鏡下左腎摘除術を施行。病理診断はclear cell renal cell carcinoma, Fuhrman分類G2<G1, pT1b。術後に症状の改善を認め独歩にて退院した。本症例は腫瘍随伴症候群の中でも意識障害を伴う腫瘍随伴神経症候群であると考えられた。

副腎原発神経節細胞腫の1例：大西篤史、安野恭平、江夏徳寿、岡本雅之、中村一郎（神戸西市民） 31歳、男性。既往歴や家族歴はなし。右腰部痛の精査で施行したCT検査で60mm大の左副腎腫瘍を指摘され、当科紹介受診となった。内分泌疾患を疑う身体所見は認めず、内分泌活性検査でも明らかな内分泌活性は認めなかった。術前画像診断で副腎神経節細胞腫疑いであったが、腫瘍径から悪性腫瘍の可能性もあったため、腹腔鏡下左副腎腫瘍摘除術を施行した。病理結果より副腎原発神経節細胞腫と診断された。術後4カ月が経過しているが現在、再発は認めていない。

左副腎腫瘍との鑑別が困難であった腓尾部粘液嚢胞腺腫の1例：前田光毅、神野 雅、原口貴裕、松原重治、小川隆義（姫路赤十字） 40歳、女性。肝機能障害を契機に施行された腹部エコーで、腓尾部周辺に70mm大の嚢胞性腫瘍を指摘され消化器内科を受診した。各種検査で腫瘍は否定的で、左副腎嚢胞と診断され当科に紹介された。内分泌非活性であり、経過観察の方針としたが、腫瘍は増大傾向を認め、腹部膨満感も出現したため、腹腔鏡下左副腎摘除術予定で手術を施行した。腫瘍は副腎と容易に剥離できたが腓臓と強固に癒着していた。最終的にシーリングデバイスを用いて腫瘍を摘除した。病理組織学的診断は腓原発粘液嚢胞腺腫であり切除断端は陰性であった。術後はgrade Bの腓液瘻を認めたが、保存的加療で軽快した。

神経線維腫症1型と乳癌に合併した副腎褐色細胞腫の1例：中尾美奈子、落合 厚、清水輝記、尾崎慎司（松下記念） 症例は神経線維腫症1型（neurofibromatosis type 1: NFI）既往の52歳、女性。乳癌転移検索中に偶発的に副腎褐色細胞腫を指摘された。乳癌化学療法終了後に腹腔鏡下右副腎摘除術を施行した。NFI患者の褐色細胞腫の合併率は0.1~5.7%と高率であり、NFI患者における悪性腫瘍の合併リスクは非NFI患者の2.7倍とされている。NFI・褐色細胞腫に乳癌を合併した症例は本症例を含めて本邦では4例の報告があるのみであるが、いずれの症例も褐色細胞腫の切除を先行、後に乳癌を切除している。術前化学療法に対する制吐剤にはクリーゼを引き起こすものもあり、慎重な対応が求められる。

腎細胞癌に対するニボルマブ投与後に続発性副腎不全を来した1例：伊藤克弘、齋藤駿河、内田稔大、眞鍋由美、宮崎 有、伊東晴喜、三品睦輝、奥野 博（京都医療セ） 69歳、男性。心不全、間質性肺炎、COPD、糖尿病の既往症がある。2005年に腎細胞癌T1bNOMOに対し腎摘除術後、再発に対し2017年2月からニボルマブを投与した。5月頃から呼吸困難感を訴えたため、7月にニボルマブの投与が中止された。心不全、間質性肺炎の悪化はなく、原因究明に苦慮していたが、9月に高カルシウム血症で入院されたのを契機に、コルチゾール低下が判明した。CRH 負荷試験、迅速ACTH 負荷試験からACTH低下による続発性副腎不全と診断した。その他の下垂体機能は正常であった。ヒドロコルチゾンの補充により呼吸困難感は速やかに改善した。ニボルマブによりACTH単独欠損症が起こることがあり、注意が必要である。

ミューラー管遺残症に伴う交叉性精巣転位に発生したセミノーマの1例：池内亮介、後藤崇之、今井一登、奥野智也、福永有伸、日紫喜公輔、澤田篤郎、根来宏光、赤松秀輔、齋藤亮一、小林 恭、山崎俊成、井上貴博、小川 修（京都大） 50歳代、男性。小児期に右鼠径ヘルニア手術の既往あり。右陰囊内容の腫大を主訴に受診。右陰囊内に8cm大の腫瘍を触知したが、左陰囊内に正常精巣を触知しなかったため、MRIを撮影した。結果、右陰囊内に精巣腫瘍、正常精巣、子宮様のミューラー管遺残物を認めた。ミューラー管遺残症に伴う交叉性精巣転位に発生した精巣腫瘍と診断し、遺残物を含めた高位左精巣摘除術を行った。病理診断はセミノーマpT1であり、ミューラー管遺残物は頸部・体部構造の確認される子宮構造で悪性所見は認めなかった。術後、腫瘍マーカーは軽度高値であったが、テストステロン負荷試験にて陰性化し、経過観察としている。

PSA 著明高値にもかかわらず、前立腺生検で診断しえなかった前立腺癌の1例：清水浩介、中野翔平、岡田能幸、長濱寛二、大久保和俊（京都桂）、安原裕美子（同病理診断科） 79歳、男性。右腰部痛を主訴に受診。腹部CTで骨盤内および傍大動脈のリンパ節腫大を認めた。PSAは335ng/mlと著明高値で、前立腺癌を疑い経陰性的前立腺生検（4カ所）を行うも悪性所見を認めず、生検時に受けた直腸診、経直腸超音波検査、ならびに生検の結果を受けて行った造影MRIでも前立腺に癌を疑う病変を認めなかった。PSAは再検でも依然高値であり、再度経陰性的前立腺生検（20カ所）を施行したが悪性所見はなかった。腹腔鏡下に右閉鎖リンパ節生検を施行、前立腺癌の病理診断を得た。内分泌療法を開始しPSAは低下、原発巣・リンパ節も縮小した。PSA 著明高値にもかかわらず前立腺生検で前立腺癌の確定が得られない場合には、転移巣の生検を考慮すべきである。

ニボルマブによる腸炎と思われたPPIに伴うCollagenous colitisの1例：平田淳一郎、鈴木光太郎、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） 症例は69歳、男性。2015年3月、右腎癌cT3aN1M1に対して開腹右腎摘除術を施行、同年4月よりスニチニブを開始した。2016年12月、G3の貧血のためスニチニブを中止、ニボルマブを開始したが8コース終了後よりG3下痢が出現。CT、下部消化管内視鏡検査では薬剤性腸炎が疑われ生検を施行、リンパ球を主体とした炎症細胞の浸潤および43μmの膠原線維帯の増生を認め、collagenous colitisの診断。被疑薬のランソプラゾールを中止したところ下痢は速やかに改善した。ニボルマブ投与中の下痢に対しては、速やかにCTを施行し可能なら下部消化管内視鏡および生検を施行することが重要と考えられた。

集学的治療により長期にわたり腎機能を温存しえた両側性腎癌の1例：山口一行、松村健太郎、呉 偉俊、大町哲史（ベルランド総合）、米田玄一郎（同病理診断科）、坂本 亘（大阪市立総合医療セ）、松岡利幸（大阪市大放射線科） 45歳、男性。X年10月検診で両側腎腫瘍を指摘され当科受診。腹部造影CTで両側に2つずつ腎癌を疑う所見を認め、両側原発腎細胞癌の腎内転移と判断しcT1bNOMOと診断。二期的に左腎部分切除術後に右腎部分切除術を施行。病理結果はclear cell carcinoma, G3>>G2, INFa, pT1bであった。術後3年3カ月で再発を認めsunitinib, everolimusを投与するも完治せず、左腎癌の再発に対して4度のラジオ波焼灼術（RFA）を施行、右腎癌の再発に対しては右腎摘術を施行。術後11年経過した現在明らかな再発なく経過している。透析療法もせず、精力的に仕事も行うことができている。患者背景を考慮した治療戦略が重要であると考えられた。

術前のCTガイド下マーキングが有用であった後腹膜腫瘍の1例：小倉涼太、金子昌里南、澤田大輔、本田俊一郎、粥川成優、平岡健児、牛嶋 壮、内藤泰行、本郷文弥、沖原宏治、浮村 理（京府医大） 59歳、男性。右腎癌と上行結腸癌に対して右腎摘出術および上行結腸切除術を施行。術後7カ月のCTで右腎摘出部に結節影が出現。術後12カ月後のCTで結節影の増大が認められた。CTガイド下後腹膜腫瘍生検を施行したところ、脱分化型脂肪肉腫が疑われた。腫瘍摘出術を行うにあたり病変が小さく術中の識別が困難と予想されたため、術前にプラチナコイルを使用してCTガイド下マーキングを施行した。術中にはX線透視を使用してコイルと共に腫瘍が摘出されたことを確認した。病理組織はlow-grade spindle cell neoplasmであったが生検と同一の組織であると考えられた。術後8カ月経過した時点で、再発を認めていない。

嚢胞性腎癌との鑑別が困難であった内反型尿路上皮癌の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），安岡弘直（同病理診断科），長嶋洋治（東京女子医大病理診断科），大江知里（関西医大病理診断科） 64歳，男性。人間ドックで右腎嚢胞および顕微鏡的血尿を指摘され当科紹介受診。造影CT・造影MRIにて嚢胞性腎癌が疑われたため，後腹膜鏡下右腎摘除術施行。病理組織結果は腎杯憩室原発内反型尿路上皮癌であった。後日残尿管摘出術を施行，残尿管に悪性所見を認めず，現在再発なく経過している。腎杯憩室原発の悪性腫瘍は調べた限り本邦では自験例を含めて10例が報告されているにすぎず，海外での報告も数例にとどまる。腎杯憩室は様々な原因から閉塞し尿路との交通が遮断されることがあるため，本疾患の術前診断は困難である。

腎癌術後再発との鑑別に苦慮した副脾の1例：沖中勇輝，小田和哉，佐藤 亘，中川翔太，伊狩 亮，富田圭司，村井亮介，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） 58歳，女性。腎癌および脾腫瘍（腎癌脾転移の疑い）に対して当院にて腹腔鏡下腎摘除術，腹腔鏡下脾摘出術施行。病理検査結果では腎癌は clear cell carcinoma (pT2, N0, M0)，脾腫瘍は hemangioma であった。術後6カ月後に施行した造影CT検査にて，傍椎体領域に造影効果を伴う腫瘍性病変を認めた。その後も徐々に増大認めため（1.2 cm），腎癌術後再発を疑い術後12カ月，腹腔鏡下腫瘍摘出術施行。病理検査結果は副脾の診断であった。脾摘出後に増大する腫瘍を認めた際には副脾の存在を念頭に置く必要があると考えられた。

去勢抵抗性前立腺癌に対して NaF PET が骨転移診断に有用であった1例：濱田晃佑，玉田 聡，松田博人，加藤 実，井口太郎，仲谷達也（大阪市立） 87歳，男性。79歳時に IMRT 施行後，骨転移を有する去勢抵抗性前立腺癌の患者。CT・MRI でびまん性多発骨転移を疑われていたが，骨シンチでは異常集積を認めなかった。骨転移を有する CRPC として治療を施行。皮疹にて治療終了となり，Ra223 の方針となった。骨転移を定量的に評価するために，治療開始前に NaF PET を施行。脊椎・骨盤骨・大腿骨に異常集積および SUV の上昇を認め，骨転移の定量的な診断に有用であった。また Ra223 を6コース終了後の効果判定の NaF PET では転移巣の SUV 値の低下を認めており，骨転移に対して Ra223 の治療効果を画像的に可視化することが可能であった。NaF PET が骨転移の治療効果判定や部位別の活動性の評価として有用である可能性が示唆された。

肉腫様変化を伴った前立腺癌の1例：栗林宗平，中井康友，辻 博隆，弓場 寛，波多野浩士，中山雅志，垣本健一，西村和郎（大阪国際がんセンター），米田幸生（大阪鉄道） 54歳，男性。前立腺癌 cT4N1M1b に対しホルモン療法開始。開始1年後左下肢痛出現。CT 検査で多発肺転移，骨転移，左腸骨周囲の巨大腫瘍を認めた。左腸骨周囲腫瘍を経皮的針生検施行。前立腺癌肉腫様変化と診断され当科紹介。当院で免疫染色施行したところ，vimentin，サイトケラチン陽性であり，前立腺癌肉腫と診断した。疼痛が強かった左腸骨周囲腫瘍に対し，放射線療法を施行し，肉腫に準じた治療を行う方針とし，ゲムシタピン，シスプラチン併用療法を行ったが，肺転移の増大認め病勢進行と判定した。2次治療として，アドリアマイシンを使用し，3次治療として，パゾパニブを投与するも，病勢進行し治療開始9カ月後逝去。

ロボット支援前立腺全摘（RALP）術後ポートサイトヘルニアの1例：羽間悠祐，池内亮介，砂田拓郎，増田憲彦，吉川武志，吉田徹，清川岳彦（京都市立） 74歳，男性。前立腺癌に対して RALP 施行。麻酔覚醒直後よりカメラポート創部痛とカテーテル不快感が強く，鎮痛に1時間程度を要した。術後3日目に嘔吐あり，麻痺性イレウスを疑って保存的治療を行ったが，術後13日目の造影CTとエコーで da Vinci ポート（8 mm）創（2nd port）への小腸嵌頓ヘルニアを認め，緊急修復術を施行した。筋膜前鞘の破綻は認めず，小腸は腹直筋層内に迷入しており壊死していなかった。RALP 術後の強い疼痛による腹圧上昇により本病態が発生したものと考えられる。通常のポートサイトヘルニアと異なり，腹壁の膨隆や病変部の疼痛などの局所症状が見られなかったため診断に時間を要した。da Vinci ポート（8 mm）創に発生するポートサイトヘルニアは非常に稀であり文献上6例の報告にとどまるが，個々の術後経過に応じて念頭におくべき合併症と考えられた。修復術後の経過は良好である。

前立腺高線量率組織内照射後の陰部膿瘍に対し尿路変向術を施行した2例：岩橋悠矢，山下真平，上野 駿，上田祐子，宮井晴加，井口孝司，若宮崇人，西澤 哲，射場昭典，柑本康夫，原 勲（和歌山医大） 80歳と81歳，男性。前立腺高線量率組織内照射後の尿道狭窄に対する経尿道的手術後に陰部膿瘍を形成した。放射線照射後のため，膀胱摘除は回避し，尿路変向術のみ行ったところ，遺尿に膿瘍形成を認めた。1例は膀胱瘻留置を行い，症状改善を認めたが，1例は膀胱瘻留置後に右大腿に膿瘍再発を認め，膀胱瘻のみではドレナージ不十分であると判断し，今後膀胱前立腺摘除術を予定している。これらは遺尿膀胱や前立腺から分泌液が産生されることが原因であると考えられ，尿路変向時には膀胱，前立腺摘除も併せて行うのが望ましいと考えられた。

ロボット支援腹腔鏡下前立腺全摘除術（RALP）後に下腿 Compartment 症候群を来した減張切開術を施行した1例：貝塚洋平，中西祐佳子，赤城直紀，重坂光二，田口元博，大嶋浩一，山田祐介，橋本貴彦，鈴木 透，呉 秀賢，兼松明弘，野島道生，山本新吾（兵庫医大） 症例は62歳，男性。RALP 施行直後より進行する左下腿の疼痛，神経障害を認めた。コンパートメント症候群の診断にて手術翌日に緊急減張切開術を施行，経過良好にて手術7日後退院した。周術期コンパートメント症候群は RALP では有意に多いとの報告があり，術後 CK 値はすべて 3,000 U/l 以上であったとの報告もある。当院 RALP 施行症例のコンパートメント症候群の前駆症状である下腿疼痛を認めた症例の術後 CK 値の検討を施行，すべて 3,000 U/l 以上であり，術後 CK \geq 3,000 U/l の症例では注意を要すると考える。またリスク因子として BMI \geq 25，コンソール時間 \geq 4 時間が挙げられており，当院での症例の術後 CK の検討を行ったが共に有意差を認めた。

FDG-PET/CT にて多発異常集積を認め診断に難渋した褐色脂肪を伴った褐色細胞腫の1例：洪 陽子，朝倉寿久，片山欽三，鄭 則秀，原田泰規，西村健作（大阪医療セ） 69歳，女性。健診で右副腎腫瘍を指摘され前医へ紹介されるも非機能性腺腫と診断。その精査のCTにて左腎癌を指摘，腎癌転移検索の胸部CTで肺癌を指摘された。左腎癌に対し腹腔鏡下根治的左腎摘除術を施行された。その後，肺癌精査のFDG-PET/CTにて右副腎，心嚢内，右腎周囲に異常集積を認めた。高血圧発作，高カテコラミン血症もあり，右副腎褐色細胞腫，多発パラガングリオーマが疑われ当院紹介となった。当院にて再検討したところ，心嚢内・右腎周囲へのFDG集積部位には，CT・MRIで腫瘍を指摘できず，高カテコラミン血症による褐色脂肪の活性化と診断した。右副腎褐色細胞腫に対し腹腔鏡下副腎部分摘除術を施行し，病理診断は褐色細胞腫。術後，心嚢内・右腎周囲へのFDG集積はほぼ消失。

止血縫合操作が原因で尿管カテーテル抜去不能となった1例：家村友輔，福井真二，松村善昭，影林頼明，三馬省二（奈良県総合医療セ） 70歳，男性。直腸癌術後再発に対して当院外科で放射線治療施行後に手術加療が施行された。術前に両側D-Jカテーテルを留置，術後抜去時に左D-Jカテーテルが抜去不能であった。CT所見で結石の形成などなく，手術時の操作が原因の尿管カテーテル抜去不能と考えられた。全身麻酔下に尿管鏡で逆行性にアプローチするも尿管カテーテルは抜去不能であった。後日に再度全身麻酔下に腎瘻を造設し，順行性アプローチにて尿管カテーテルの観察を行うと，D-Jカテーテルに穿通するモノフィラメント糸を確認することができた。Ho: YAGレーザーで糸を切断しカテーテルを抜去できた。

両側尿管結石による急性腎不全を呈した乳児シスチン結石の1例：山本与毅，石井啓一，田中尚夫，羽阪友宏，北本興市郎，浅井利大，上川禎則，金 卓，杉本俊門，坂本 巨（大阪市立総合医療セ） 0歳8カ月，男児。他院での肺炎加療中に無尿となり，精査加療目的で当院へと転院。血液検査では高度の腎機能障害を認め，腹部単純CTでは両側尿管結石を指摘された。補液などの保存的加療により尿管結石は膀胱へと排出されたが，尿道での嵌頓を来した経尿道的膀胱碎石術を実施した。本人・家族全員の尿中シスチン濃度上昇を認め，精査の結果，本人・家族全員に日本人シスチン尿症患者に特異的な遺伝子異常であるP482Lの変異を認めた。患児に対しては飲水指導とともに尿尿酸リ化やチオプラニンの内服加療を継続しているが，兄弟の結石発症についても定期的な外来診察を行っている。

悪性転化により生じた血管肉腫が多発骨転移を来した集学的治療により寛解を得た縦隔原発未熟奇形腫の1例：谷 優，永原 啓，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） 31歳，男性。前胸部不快感主訴に近医を受診。血液検査で胚細胞腫瘍マーカー高値，造影CTで前縦隔腫瘍を認めた。胸腔鏡下腫瘍生検を行い，病理学的に未熟奇形腫と診断。縦隔原発性腺外胚細胞腫瘍（IGCC分類 poor prognosis）と診断され当科紹介。化学療法を施行し腫瘍マーカーは陰性化，化学療法終了後に縦隔腫瘍摘出術施行し viable cancer の残存は認めず経過観察とした。術後1カ月で大腿骨転移が出現し，大腿骨搔爬術を施行した。悪性転化により生じた血管肉腫が大腿骨転移を来したと判明した。血管肉腫大腿骨転移に対して放射線併用化学療法施行し寛解を得た。さらにその後出現した第4胸椎転移に対して局所療法としてIMRTを行い，その後1年再発なく経過している。

前立腺生検でIgG4関連疾患を診断し，その後ステロイド治療により排尿障害が改善した前立腺肥大症の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） 74歳，男性。主訴は排尿困難，排尿時痛。前立腺肥大症に対する手術加療目的に当科受診したが，MRIで前立腺癌を疑う所見を認めたため前立腺生検を行った。病理結果は悪性所見なく，IgG4染色陽性形質細胞が多数散見された。内科併診で精査を行い，CTで睪頭部腫大と周囲の炎症性変化を認め，また血中IgG4が高値であった。EUS-FNAでは睪組織生検でできなかったが，IgG4関連疾患（睪炎・前立腺炎）と診断し治療を開始した。治療はPSL 30mgから開始し数週間かけて漸減していったが，治療開始後3日後から排尿障害の改善を認めた。治療開始後3カ月が経過するが，各検査項目で大きな改善を示している。

両側腎癌術後に皮膚病変を認め，Fumarate hydratase 遺伝子検査にて診断が確定した Hereditary leiomyomatosis and RCC の1例：小糸悠也，木下秀文，吉田健志，神尾絵里，島田誠治，谷口久哲，井上貴明，矢西正明，駒井資弘，渡邊仁人，杉 素彦，松田公志（関西医大），大江知里（同病理診断科），松田智子，神戸直智（同皮膚科），古屋充子（横浜市大分子病理科） 34歳，男性。26歳時に両側腎癌，肝転移を認め切除。左腎の病理はMTSCC類似，右腎腫瘍はccRCC。2年後，肺転移を切除。病理はMTSCCと同様。経過中に軀幹上肢に有痛性の丘疹を認めた。病理はleiomyoma。HLRCCが疑われ，FHの遺伝子検査を施行し診断が確定した。

直腸癌術後に多発膀胱結石を経験した1例：藤原裕也，加納陽祐，市橋 淳，小林大介，谷口俊理，堤 岳之，大北恭平，林 和賢，松永知久，前之園良一，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） 64歳，男性。直腸癌に対し腹腔鏡下内肛門括約筋切除術（LSR）+回腸人工肛門造設術および術後補助化学療法としてUFT/IVを6カ月施行した。経過中，肛門吻合部狭窄を認め永久人工肛門となった。3年後，次第に増悪する頻尿症状と術後フォローCTで膀胱結石を指摘され紹介された。TULを施行。可及的に破碎し98%以上が尿酸と判明した。術後頻尿症状は改善を認めた。尿酸生成抑制剤を導入したが碎石後7カ月後再増大認め，再度TUL施行。同じく98%以上が尿酸結石であった。術後頻尿症状は改善を認めた。尿酸値は経過を通じておおむね正常高値であった。患者は現在薬物加療，生活指導により結石増大なく経過している。多発膀胱結石に関する報告は数少なく，われわれが調べた限りでは多発尿酸結石に関する報告は本邦で1例目であった。

脂肪肉腫との鑑別が困難であった後腹膜発生 Castleman 病の1例：北風宏明，大草卓也，松下 慎，岡田紘一，森 直樹，宮川康，吉岡俊昭（住友） 症例は38歳男性。2015年8月に健診の腹部エコーで右下腹部腫瘍を指摘され悪性リンパ腫疑いにて開腹生検を施行され，病理学的に良性リンパ節腫大または低悪性度悪性リンパ腫として経過観察。その後，腫瘍は増大傾向を示し2017年8月に治療目的に当科を受診。造影CTでは中心部の腫瘍周囲の脂肪組織の著明な増殖も認めたため脂肪肉腫と診断し後腹膜腫瘍摘除術を施行。病理学的に腫瘍は硝子血管型 Castleman 病で，増生脂肪組織は正常脂肪であった。Castleman 病は原因不明のリンパ球増殖疾患であり，特徴的な症状や画像所見に乏しく，術前診断は困難とされる。本症例のように腫瘍周囲の脂肪組織の増殖を伴う例は稀で脂肪肉腫との鑑別はさらに困難である。本邦報告の後腹膜発生の Castleman 病の術前診断が明らか

であった66例を集計し，脂肪肉腫との鑑別が困難であった症例につき考察を加えて報告した。

尿管狭窄を生じた子宮外子宮筋腫の1例：田代 結，藤原真希，白石裕介，宗田 武，岡田卓也（北野） 48歳，女性。右下腹部・背部痛を主訴に近医受診し，右水腎症と右尿管狭窄とを呈する骨盤内腫瘍を指摘され，治療目的に当院紹介。同部位の腫瘍は他院10年前のMRIで指摘されるも経過観察されており，継続的に縮小していた。臨床経過と画像所見とから後腹膜腫瘍と診断し，水腎症改善と診断的治療とを目的に腹腔鏡下腫瘍切除術を施行した。術中所見として，腫瘍は直接子宮・卵巣に接しておらず，尿管との癒着が高度であった。病理結果はエストロゲンレセプター陽性の平滑筋腫と一部子宮内膜症の所見であった。本症例の経過から，子宮筋腫の子宮外播種，または良性であるが転移による腫瘍の癒着による尿管狭窄症の可能性が考えられた。

巨大高分化型脂肪肉腫の1例：上野 駿，若宮崇人，岩橋悠矢，宮井晴加，上田祐子，井口孝司，山下真平，西澤 哲，射場昭典，根本康夫，原 勲（和歌山医大），割柏健史，小島史好，村田晋一（同病理診断科） 73歳，男性。主訴は腹痛。腹部CTで後腹膜腔に30cm大の脂肪成分を主とした腫瘍性病変を認めた。触診上腫瘍は触知せず。明らかな転移はなく外科的切除を施行した。術前画像では周囲臓器を巻き込むような腫瘍像であり周囲臓器の合併切除を予想していたが，軽度の癒着を認めるのみで周囲臓器を温存して摘出することができた。摘出重量は1.2kg。術後4カ月明らかな再発なし。巨大脂肪肉腫では術前画像で派手な腫瘍が多く，摘出術の際に周囲臓器の合併切除が懸念される。しかし，周囲臓器合併切除の判断に腫瘍サイズは関係なく，特に高分化型脂肪肉腫が考えられる場合，術中所見により臓器温存を考慮してもよいと思われた。

左鼠径ヘルニアを契機に発見された後腹膜原発脱分化型脂肪肉腫の1例：富澤 満，三宅牧人，前阪郁賢，尾張拓也，中井 靖，井上剛志，穴井 智，田中宣道，藤本清秀（奈良医大） 65歳，男性。前立腺癌に対する監視療法中に左鼠径部腫脹を自覚。左鼠径ヘルニアを疑われ精査したところ，鼠径管精索内，膀胱前腔，大腰筋側腔に広がる一塊の腫瘍を認め，後腹膜原発脂肪肉腫と診断。腫瘍，左後腹膜腫瘍，左精索，左精巣摘除術を行ったが，術後1カ月で左腹直筋播種性再発および両側鼠径リンパ節転移性再発を認めた。後腹膜脂肪肉腫は治療法として手術療法が最も重要であるが，発症部位や周囲隣接臓器が多岐であることから，まだ確立された方法はない。脂肪肉腫と診断した場合，周囲との合併切除を前提とした広域な切除範囲の検討が必要であると考えられた。

陰茎悪性リンパ腫の1例：松田博人，加藤 実，玉田 聡，井口太郎，北 和晃，山崎健史，仲谷達也（大阪市大） [症例] 78歳，男性。現病歴：亀頭部のしこりを自覚し前医受診。画像検査にて陰茎亀頭部腫と診断され手術加療目的に当科紹介。[経過] 外来にてブロック生検施行。上皮成分は保たれており SCC などの上皮性悪性腫瘍は否定的。Vimentin 陽性にて間葉系腫瘍疑いと診断し陰茎部分切除術施行。摘出標本では大型の異型リンパ球が無秩序に増殖し CD79a，CD20，bcl6 陽性であり，びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫 stage 1 と診断。血液内科紹介し再発なく経過中。[考察] 悪性リンパ腫のうちリンパ節外発生での泌尿器領域の腫瘍は1.0%と稀であり陰茎悪性リンパ腫は本邦での報告は11例である。11例中6例で手術が施行されており化学療法単独は4例。化学療法単独ではCR 3件，PR 1件と奏効率は高い。性機能温存の観点からも陰茎腫瘍の診断において悪性リンパ腫を鑑別におき診察に望む必要性があると考える。

左陰囊内脂肪腫に合併した左精索脂肪肉腫の1例：山道 岳，山本顕生，辻村 剛，中田 渡，辻本裕一，任 幹夫，辻畑正雄（大阪労災） 58歳，男性。12歳時に左陰囊内脂肪腫と診断され経過観察していた。2017年7月に左鼠径部痛が出現し当科に紹介となった。採血で精巣腫瘍や悪性リンパ腫のマーカーは陰性であった。造影CTで左陰囊内に13cm大の脂肪腫と左鼠径部に造影効果を示す5cm大の腫瘍を認め，単純MRIで左陰囊内脂肪腫以外に鼠径部にT1強調像・T2強調像で共に高信号で脂肪抑制像では抑制される脂肪成分を有する腫瘍を認めた。PET-CTでは転移を認める所見なく左陰囊内脂肪腫に合併した精索脂肪肉腫と診断。高位精巣摘除術を行い病理結果は脂肪腫

に精索高分化型脂肪肉腫 (T2bN0M0, AJCC 分類) が合併していたと診断し切除断端は陰性であった。術後6カ月経過しているが再発なく経過している。

治療に難渋した外傷性膀胱破裂の1例：太田雄基, 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) 74歳, 男性。既往に神経因性膀胱。主訴は下腹部痛。自家用車運転中に電柱に衝突しハンドルで下腹部を打撲。受傷1週間後に疼痛増強のため救急受診。腹部CTで膀胱前腔に尿の漏出を多量に認め、外傷性腹腔外膀胱破裂と診断した。同日、開腹ドレナージおよび膀胱修復術を施行。膀胱壁の著明な感染所見と右側壁に約5cmの膀胱損傷を認めた。術後、ドレナージからの尿の漏出が出現。尿道カテーテル留置。両側腎盂内シングルJカテーテル留置による保存的加療を行ったが、治癒に至らず。術後3カ月目に再手術を施行した。再手術時、前回の膀胱壁縫合部位の離開を認めたが、膀胱壁の感染所見は改善しており、再度膀胱修復術を施行した。鈍的外傷だけではなく神経因性膀胱による壁の脆弱性や過進展が膀胱破裂の原因と考えられた。

径66mmの膀胱 Inflammatory myofibroblastic tumor を腹腔鏡下膀胱部分切除術により膀胱を温存した1例：小河孝輔, 清水洋祐, 土橋一成, 木田和貴, 金丸聡淳, 伊藤哲之 (神戸市立西神戸医療セ) 67歳, 男性。肉眼的血尿を主訴に受診。膀胱鏡, MRIにて左側壁から三角部にかけて径66mmの粘膜下腫瘍を認めた。経尿道的生検の結果IMTと診断。ステロイド治療開始するも6カ月後のCTにて増大傾向を認めたため手術施行。三角部に及ぶ腫瘍であったが、腹腔鏡下に膀胱部分切除+左尿管膀胱吻合術が可能であった。手術時間7時間57分。出血1,004mlであった。術後1年6カ月、再発なく経過している。IMTにはステロイド著効例も報告されているが、本症例ではステロイドは無効であった。IMTと診断がつかない場合はサイズが大きく三角部に及ぶ腫瘍であっても部分切除を考慮すべきと考えられた。

膀胱小細胞癌の1例：鎌田英治, 鶴島宏祐, 山肩正輝, 岩本勝来, 山越恭雄, 江崎和芳 (石切生喜) 75歳, 男性。2016年3月に肉眼的血尿で受診。細胞診でclass V, 膀胱鏡で広基性乳頭状腫瘍を認めTUR-Bt 施行。病理組織は大部分がsmall cell carcinoma, 一部はadenocarcinoma, pT2以上であった。小細胞癌の腫瘍マーカーであるNSE, ProGRPは正常範囲内。PET-CTでも肺などに原発を疑う腫瘍を認めず。その後膀胱全摘回腸導管造設術施行。病理組織は前回と同じsmall cell carcinoma, 病理診断pT3bN0M0であった。アジュバント療法は行わずに経過観察も術後5カ月目に腰痛出現した。CTで肺転移とリンパ節転移, 骨シンチで肋骨と腰椎に転移を認めた。腎機能低下を認めたためCE療法(カルボプラチン+エトポシド)6コース施行でCR。疼痛は放射線を肋骨と腰椎に30Gyずつ照射し改善した。術後19カ月目で再発を認めていない。膀胱癌では稀な小細胞癌の化学療法の治療はPI療法やPE療法, CE療法が多く、患者のPSや腎機能により使い分けが必要である。

陰毛を核とした膀胱異物結石の1例：樋口雅俊, 楠本浩貴, 松村永秀 (紀南) 76歳, 男性。神経因性膀胱に対して膀胱留置カテーテルを定期交換していたが、2016年8月下腹部痛, 血尿を主訴に当科紹介。CTで膀胱内に多発する膀胱結石を認めた。経尿道的結石碎石術を施行。結石碎石片の中心部に陰毛が認められ、カテーテル挿入に伴う陰毛の迷入による膀胱異物結石と診断した。6カ月後のCTで膀胱結石の再発を認め、再度碎石術を施行。経尿道的なカテーテル管理では膀胱結石の再発を予防できないと判断し、膀胱瘻造設術を施行したところ、再発なく経過している。本症例ではカテーテル挿入時の陰毛迷入に留意していたにも関わらず早期の再発を認めており、カテーテル脇から陰毛が迷入したものと考えられる。膀胱結石の再発予防の観点からも、永久的なカテーテル管理では膀胱瘻管理が望ましいと考えられる。

肉眼的血尿を主訴とした急性虫垂炎の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) 67歳, 男性。当科受診の3日前より腹部膨満感と右背部痛が出現。38°Cの発熱も認められたため、近医内科受診。膿尿を認め尿路感染症疑いのためLVFX 500mg/日を3日間内服していた。その後、肉眼的血尿と右下腹部痛も認められたため近医泌尿器科受診。膀胱鏡検査では右尿

管口からの出血を認めた。精査目的で当科紹介となる。当科来院時には、右下腹部の圧痛があり、採血では炎症反応高値であった。右尿管結石を第一に疑ったが、非泌尿器疾患の可能性も考え、腹部単純CT検査を施行。直径15mm大に腫大した虫垂が右尿管から約2mm程度の位置まで近接しており、周囲脂肪織の混濁も認めていた。急性虫垂炎と診断し緊急手術となった。本症例は、腫大して後腹膜方向へ回り込んだ虫垂の炎症が右尿管に波及したことで肉眼的血尿を来したと考える。

S状結腸癌膀胱浸潤が疑われた膀胱壁化膿性炎症の1例：大原義和, 鎌田良子, 竹垣嘉訓 (南大阪), 後藤 毅 (後藤クリニック) 61歳, 男性。主訴は肉眼的血尿と排尿時痛。4カ月前からの上記を主訴に前医受診。出血性膀胱炎の診断で抗生剤投与され症状改善するが再燃を繰り返していた。CTでS状結腸膀胱瘻の疑いあり当院当科紹介となった。血液検査では軽度炎症反応上昇のみであった。膀胱鏡では膀胱後壁頂部側に境界不明瞭、表面浮腫状の隆起性病変あり。造影CT, MRIでS状結腸癌膀胱浸潤と診断し、外科コンサルト。外来でfollow中に腸閉塞発症し緊急入院。入院15日目にS状結腸切除および膀胱全摘除、回腸導管造設術施行。病理診断はS状結腸癌と膀胱壁化膿性炎症であった。今回S状結腸癌は非全周性であったが炎症が強く、その原因として大腸憩室由来のS状結腸癌の可能性が考えられた。大腸憩室粘膜由来の大腸がんは稀であり2016年の報告では本邦で13例である。

膀胱上皮内癌に合併した膀胱・胃 GIST の1例：吉永光宏, 木枕舞, 上戸 賢, 佐藤元孝, 中山治郎, 三宅 修, 清原久和 (市立豊中) 81歳, 男性。排尿時不快感を主訴に近医泌尿器科を受診。尿細胞診陽性。膀胱鏡で頂部に広基性腫瘍を認め当科紹介受診となった。MRIで膀胱頂部に外側へ突出する7cm大の腫瘍を認め、尿管管癌の膀胱浸潤が疑われた。TUR-BT+randombiopsyを施行し、病理結果はurothelial carcinoma, pT1+CISであった。転移検索のPET-CTで、胃にFDGの集積を伴う25mm大の結節を認めた。上部消化管内視鏡検査を施行し、生検でgastrointestinalstromal tumor (GIST)の診断となった。膀胱癌に対して開腹膀胱部分切除術+腫瘍摘出術を施行し、病理結果は腫瘍がGISTで、膀胱粘膜はCISであった。その後、肝転移・腹膜播種を疑う病変を認め、GISTに対してはイマチニブ内服治療中。CISに対してはBCG膀胱療法後、経過観察中である。

腹腔鏡下膀胱部分切除術時に膀胱鏡の併用が有用であった平滑筋腫の1例：花咲 毅, 上田康生, 滝内秀和 (西宮市立中央) 58歳, 女性。201X年2月に婦人科検診の経膈超音波で膀胱隆起性病変を指摘され当科紹介。尿, 採血検査は異常なし。膀胱鏡にて膀胱頂部に表面平滑な隆起性病変を認めた。MRIでは同部位に17×17×9mmの腫瘍を認め、T1強調画像でisointensity, T2強調画像でlow intensityであり膀胱平滑筋腫と診断。本人希望でMRIでの経過観察の方針となるも、4年後3月のMRIにて腫瘍増大を認め切除の方針となった。腫瘍は頂部に存在しており、経腹的腹腔鏡下膀胱部分切除術を施行。また、腫瘍切除ライン同定のため膀胱鏡を併用した。腹腔鏡と膀胱鏡で腫瘍および辺縁が確認でき、腫瘍切除ラインの同定が容易であった。病理組織所見では、desmin染色陽性にて平滑筋腫と診断。切除断端は十分切除されていた。術後現在、10カ月再発を認めていない。

直腸癌原発転移性尿管腫瘍の1例：阪田 武, 家村友輔, 福井真二, 松村善昭, 影林頼明, 三馬省二 (奈良県総合医療セ), 石田英和 (同病理診断科), 辻本洋洋, 岸野辰樹 (高の原中央) 81歳, 女性。3年前に直腸癌に対し低位前方切除術の既往があった。肉眼的血尿を主訴に当科を受診し、造影CT検査で左水腎症と左尿管腫瘍を認め、PET検査でその他の転移はみられず、尿細胞診は悪性、推定組織型urothelial carcinomaであった。左尿管癌の診断で後腹膜鏡下左尿管摘除術を施行した。病理所見では腸型の腺癌細胞が乳頭状に増殖しており、免疫染色はCK20陽性, CK7陰性で既往の直腸癌と同様の組織像を示し、直腸癌原発の転移性尿管腫瘍と診断された。現在は外科にて化学療法施行中である。本症例では術前に転移性尿管腫瘍と診断できなかったが、術前の尿管鏡検査の必要性について考慮する余地がある。

右尿管周囲原発粘膜関連リンパ組織 (MALT) リンパ腫の1例: 辻本雅史, 齋藤友充子, 田原秀一, 平原直樹, 邵仁哲 (京都第二赤十字) 66歳, 男性. 右水腎症を指摘されCTにて右尿管腫瘍と診断し, 後腹膜鏡下右尿管全摘除術を施行. 組織診断にてMALTリンパ腫の所見であった. 確定診断後FDG-PET, 頭部MRIなど行い他病巣は認めず, 尿管周囲原発と診断. 尿管周囲原発の悪性リンパ腫は報告が少なく, 調べうる限りでは本邦19例目. MALTリンパ腫の治療方針として胃以外原発でstage Iであれば手術療法の適応となりえる. 本症例においては尿管鏡所見では明らかな粘膜病変を認めなかったがCT所見から尿管腫瘍と診断し手術療法を選択したが, 尿管腫瘍に準じて手術療法を行うことは治療方針として妥当であると考えられる. 2018年2月現在手術療法後約6カ月となるが再発なく経過している.

尿管皮膚瘻に合併した尿管大動脈瘻の1例: 奥田洋平, 伊藤拓也, 竹澤健太郎, 川村憲彦, 谷川剛, 蔦原宏一, 高尾徹也, 山口誓司 (大阪急性期医療セ), 阪本朋彦, 白川幸俊 (同心臓血管外科) 66歳, 男性. 既往歴は慢性腎臓病, 脳梗塞, 右声門癌. 2012年2月筋層浸潤性膀胱癌に対し, 前医で膀胱全摘除術および尿管皮膚瘻造設術を施行. 以降は定期的に両側尿管ステントを交換. 尿管カテーテルの定期交換時に拍動性の肉眼的血尿を認め, 当科入院. 大動脈造影で尿管大動脈瘻と診断. ステントグラフト内挿術 (EVAR) を施行し, 血尿は消失. しかしEVAR後1カ月でコレステロール結晶塞栓症を, 2.5カ月で感染性大動脈瘤を合併した. 尿管動脈瘻の治療は近年血管内治療が第一選択とされるが, 周術期合併症には注意を要し, 特にグラフト感染の予防が重要と考えられた.

尿管原発Sarcomatoid urothelial carcinomaの1例: 遠藤貴人, 中山慎太郎, 佐野貴紀, 今井聡士, 安福富彦, 村蒔基次, 山田裕二 (県立尼崎総合医療セ) 75歳, 男性. 近医で顕微鏡的血尿および左水腎症を指摘. CT, MRIで左尿管腫瘍と診断. 精査加療目的に当院紹介となる. 細胞診は陰性. 尿管鏡を施行し下部尿管に広基性非乳頭状腫瘍を認め, 生検組織では紡錘型異型細胞を認めSAM染色が陽性であった. 腹腔鏡下左尿管全摘除術を施行. 組織学的に尿路上皮癌成分と肉腫様成分を認め, 両組織間に比較的明瞭な移行像を認めることから, sarcomatoid urothelial carcinomaの診断に至った.

非特異的肉芽腫性前立腺炎の2例: 池田純一, 村上彰悟, 河源 (済生会野江), 渋谷信介 (同病理診断科) 症例1: 65歳, 男性. 頻尿および排尿痛で受診. PSA: 5.693 ng/ml, 膿尿・細菌尿を認めた. 直腸診上前立腺に硬結を触知し, MRIT2強調画像で前立腺内部に広範囲に低信号域, 拡散強調画像で同部位に高信号域を認めた. 前立腺癌が疑われたため, 経直腸的前立腺針生検を施行. 病理診断は非特異的肉芽腫性前立腺炎であった. ステロイド, 抗生剤内服にて排尿障害は改善した. 症例2: 68歳, 男性. 頻尿で受診. PSA: 4.52 ng/ml, 尿所見は正常. 直腸診上前立腺に硬結を触知し, MRIにて前立腺右葉を中心に広範囲に拡がる腫瘍像を認め, T2強調画像で低信号域, 拡散強調画像で高信号域, ダイナミック造影では動脈相で濃染した. 前立腺癌が疑われたため, 経直腸的前立腺針生検を施行. 病理診断は非特異的肉芽腫性前立腺炎であった. 無治療にて頻尿症状は改善した.

前立腺癌放射線治療11年後に前立腺扁平上皮癌を発症した1例: 松ヶ角透, 横田智弘, 中西弘之 (京都中部総合医療セ) 85歳, 男性. 11年前に前立腺癌 (PSA 7.39 ng/ml, Gleason score 4+5, cT3aN0M0) と診断され内分泌療法併用放射線外照射が施行された. 以後, PSA値は0.2~0.25 ng/mlで推移していた. 今回, 排尿障害にて受診. 受診時PSA値は0.41 ng/ml. 膀胱鏡/MRIにて前立腺部尿道周囲に辺縁不明瞭な腫瘍を認め, 病理診断および排尿状態の改善目的にTURP施行. 病理組織検査では胞巣構造を呈した異型細胞を認め, 一部に角質形成を認めた. 免疫化学染色検査においてPSA染色陰性, 扁平上皮癌のマーカーであるP40は陽性であり前立腺扁平上皮癌と診断した. また, 本症例は放射線治療後11年を経過していたため, 前立腺癌放射線治療後の二次癌と診断された. 前立腺部痛と排尿障害 (尿閉) の持続から最終的に骨盤内臓全摘除術を施行したが, 診断から13カ月後, 術後7カ月後に局所再発にて永眠された.

腺癌に内分泌療法後発生した前立腺扁平上皮癌の1例: 吉井貴彦, 阪本祐一, 前田浩志 (淀川キリスト教), 寺村一裕 (同病理科) 88歳, 男性. 2006年12月PSA 5.15 ng/ml, 他院で前立腺針生検施行. 前立腺癌 (腺癌), GS3B+3Aの診断でLH-RHアゴニストによる内分泌療法を開始. 2013年1月から通院が途絶え無治療となったが病状は安定していた. 2017年5月両側水腎症を伴った急性腎不全で当院紹介受診. 緊急透析導入後, 腎瘻造設をした. MRIで前立腺から膀胱頸部に浸潤する腫瘍を認め, 前立腺針生検およびTURPを施行した. 腺癌成分はなく前立腺扁平上皮癌の病理診断であった. SCC 2.5 ng/mlとSCC抗原の軽度上昇を認めたが, PSAの上昇は認めなかった. BSCとなり術後3カ月で痛死した. 前立腺癌の内分泌療法後に原発巣や転移巣が扁平上皮癌や小細胞癌に形質転換した報告が散見される. 本症例について文献的考察を加えて報告する.

腫瘍崩壊症候群を伴ったセミノーマに対して化学療法が奏功した1例: 田中尚夫, 羽阪友宏, 山本与毅, 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) 47歳, 男性. 4年前より陰嚢腫大を自覚するも受診せず. 吐血, 嚔撃発作にて救急搬送となる. 18×11 cmの後腹膜リンパ節腫大, 右精巣腫大を認め, 腎機能障害, 高尿酸血症, 高リン血症を合併し腫瘍崩壊症候群を発症していた. 高位精巣摘除を施行. 病理結果はセミノーマであった. 腫瘍崩壊症候群を発症後であり, 全身状態が悪く, 標準導入化学療法を開始することが困難であったため, カルボプラチン単剤療法を施行. 腫瘍の著大な縮小, 腎機能の改善を認め, 全身状態が改善した. その後, BEP, TIP療法を施行し, 腫瘍は形骸化. PET-CTにて集積を認めず. 以後再発なく経過している.

下大静脈腫瘍塞栓をともないGrowing teratoma syndromeを呈した精巣腫瘍の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), 大川和成 (同心臓血管外科) 36歳, 男性. 腹部腫瘍を主訴に受診. CTで傍大動脈リンパ節腫大, 下大静脈腫瘍塞栓, 両総腸骨静脈にわたる血栓, 肺塞栓を認め当科紹介. 左精巣腫瘍を認め, 精巣腫瘍の後腹膜リンパ節転移として高位精巣摘除術施行. 病理結果はteratomaを含んだmixed germ cell tumorであった. BEP療法施行後, 腫瘍マーカーは陰性化も後腹膜リンパ節は増大し, growing teratoma syndromeが疑われた. 下大静脈は腫瘍塞栓と共に萎縮した. 後腹膜リンパ節郭清ならびに下大静脈切断術を施行. 切除組織はmature teratomaで, 下大静脈を含めてviableな腫瘍細胞は認めなかった.

高位精巣摘除術施行後に判明した, IgG4関連精巣炎の1例: 荘子万可, 谷口英史, 小山正樹 (綾部市立) 60歳, 男性. 既往歴なし. 無痛性精巣腫大で前医を受診. 抗生剤治療を施行されるも改善なく, 当科紹介. 身体所見上, 右精巣腫大, 弾性硬. hCG-β, AFP, LDH, IL-2レセプターはすべて正常範囲内であった. 超音波検査で右精巣に低輝度な腫瘍, MRIでも右精巣に腫瘍を認め, 精巣上体への浸潤が疑われた. 翌日右高位精巣摘除術を施行. 病理組織検査の結果, 悪性所見を認めず, 精巣組織に高度のリンパ球および形質細胞の浸潤と線維化を認め, 免疫組織学的にIgG4陽性形質細胞が多数認められたことから, IgG4関連疾患包括診断基準2011に準拠し, IgG4関連精巣炎と診断した. 手術後1週間でIgG4は124 mg/dlと軽度高値. その後正常化した. 術後3カ月で両側間質性肺炎の所見を認めたが, 無治療で半年後には消退した.

女子尿道癌に対し放射線化学療法が奏功した1例: 堀谷弘, 今中岳洋, 大島純平, 芝政宏, 井上均, 原恒男 (市立池田) 78歳, 女性. 尿閉を主訴に当科を受診. その後肉眼的血尿出現し膀胱鏡を施行. 尿道全周性の粘膜発赤・浮腫を認めた. 尿細胞診はclass V, SCC抗原が70 ng/ml以上と高値であった. 腹部造影CT・骨盤部MRIにて尿道をとり囲む最大径約7 cmの不均一に造影される占拠性病変を認め, 複数の骨盤内リンパ節の腫大も認めた. TURを行い, 尿道扁平上皮癌cT4N2M0, stage IVと診断した. 治療として放射線化学療法を選択し, 原発巣に63 Gy, 全骨盤にも外照射を施行. 子宮頸がんのレジメンに準じCCDDP2サイクルを併用した. 治療後SCCは速やかに正常化し画像上も10カ月時点でCRと判定した. その3カ月後に下肢脱力を発症. 頭部MRIにて最大21 mmの多発脳転移を, 胸部CTでも最大28 mmの多発肺転移を認めた. 今後転移巣に対して加療予定である.

原発性尿道腺癌に対して、膀胱尿道全摘除術を施行した1例：中山慎太郎，佐野貴紀，遠藤貴人，今井聡士，安福富彦，村蒔基次，山田裕二（尾崎総合医療セ） 72歳，女性。下着の血液付着を主訴に紹介受診された。外尿道口7時から10時方向に小豆大の腫瘤を認めた。尿道腫瘤部分切除術を施行し，病理組織検査に提出。断端は陽性，腺癌と判明した。全身検索と組織免疫染色の結果，尿道原発腺癌と診断し膀胱尿道全摘除術と骨盤リンパ節郭清および尿道皮膚瘻造設術を追加施行した。以降外来にて再発なく経過している。原発尿道癌の頻度は低く，国内では確立した治療指針はないのが現状である。部分切除術や術前放射線化学療法の有効性も報告されつつあるが，EAUガイドラインでは尿道の全摘除術が推奨されている。また女性の尿道腫瘤で

は尿道カルシウムが最多であるが，悪性腫瘍の可能性を常に考慮すべきである。

外尿道口部に発生した平滑筋腫の1例：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） 26歳，女性。家族歴，既往歴に特記すべきことなし。2014年頃から外陰部腫瘍および軽度の出血を自覚し，2017年当科受診。外尿道口12時方向から突出する径40mmの腫瘤を認めた。外尿道口腫瘤摘除術を施行。病理結果では平滑筋腫の診断であった。術後も排尿障害など問題なく経過し術後数日で退院となった。