

## 学会抄録

## 第240回日本泌尿器科学会関西地方会

(2019年2月16日(土), 於 奈良県文化会館)

リンパ節郭清後の乳び瘻に対し、エゼチミブが奏効した1例：樋上健介、藤原祐士、宗宮伸弥、藤川祥平、山田祐也、玉置雅弘、伊藤哲之(日赤和歌山医療セ) 80歳、男性。右結石性腎盂腎炎に対してドレナージおよびTUL手術後に、左腎癌cT3aN2M0に対して腹腔鏡下根治的腎摘出術および腎門部、傍大動脈、大動脈間リンパ節郭清術を施行。術後食事再開とともに乳びドレン排液を確認したため、低脂肪食とエゼチミブを開始したところ、5日後にドレン排液量は減少し、同時に漿液性に変化したためドレンを抜去した。リンパ節郭清後の乳び瘻は治療に時間がかかることが多く、内服での加療補助が可能であれば利点が多いと思われるため、若干の文献的考察を加え報告する。

腎細胞癌とIgG4関連疾患を合併した両側腎腫瘍の1例：山本顕生、金城友紘、山中庸平、金城孝則、惣田哲次、本郷祥子、吉岡巖、高田晋吾(大阪警察) 69歳、男性。家族歴に特記事項なし。既往歴に腹部大動脈瘤がある。近医で撮影された腹部大動脈瘤フォローの腹部単純CT検査にて右腎盂の拡張、右腎盂腫瘍を認めたため精査加療目的に当科紹介受診。腹部造影CT検査にて腫瘍内を平滑に通過する右腎盂腫瘍および偶発的に左小径腎腫瘍を認めた。血清IgG4が高値を示し、逆行性尿路造影検査にて尿路の充盈欠損を認めず、右腎盂尿細胞診も陰性。左腎癌と右腎盂周囲のIgG4関連疾患の合併と診断。まず左腎癌に対して後腹膜鏡下左腎部分切除術を施行。病理組織診断は淡明細胞癌であった。術後、腹部単純CT検査にて右腎盂周囲腫瘍の増大傾向を認めず、IgG4の増加を認めた。ステロイド30mg/日で加療を開始し、腫瘍の縮小およびIgG4の低下を認めた。

腎動静脈瘻を合併した腎細胞癌の1例：中村雄一、大西伸和、野村武史、塩田晃司、小山正樹、今田直樹(西陣) 72歳、男性。肉眼的血尿と左側腹部痛を主訴に当院を受診。腹部単純CTでは左水腎症と左PUJに凝血と思われる高吸収域を認めた。造影CTでは左腎下極に早期濃染を呈する腫瘍性病変と、左腎門部には蛇行した腎動脈と拡張した左腎動静脈を認め、腎動静脈瘻を合併した腎細胞癌を疑った。尿管ステントの留置で左水腎症は改善も、血尿と腹痛は持続したため、第20病日に腹腔鏡下左腎摘除術を施行した。病理組織学的診断はclear cell renal cell carcinoma, G1>G2, pT1aであった。腫瘍の頭側には太い径を有する動静脈が隣接しており、腎細胞癌に伴う腎動静脈瘻として矛盾しない所見であった。術後症状の再燃は認めていない。腎動静脈瘻を合併した腎細胞癌では、肉眼的血尿や側腹部痛を認めることがあり、症状に応じて慎重に治療方針を決定する必要があると考えられた。

腎癌に対する腹腔鏡下腎部分切除術後に発生したデスマイド腫瘍の1例：西澤恒二、後藤裕文、吉田 徹(滋賀県立総合) 43歳、男性。淡明細胞型右腎細胞癌に対する腹腔鏡下腎部分切除術後、1年近く経過して腎下極付近に上行結腸と接する2cm大の腫瘍が出現した。腎癌の局所再発と考え、腹腔鏡下に腎臓中央より下方の後腹膜脂肪と回盲部上行結腸を一塊に拡大切除した。病理組織では、膠原線維の間質を伴った紡錘型細胞が索状配列しβカテニン陽性で、デスマイド腫瘍の診断であった。術後6か月経過して再発を認めていない。デスマイド腫瘍は結合織・筋膜・腱膜から発生する稀な線維性腫瘍で、遺伝子変異によりβカテニンが亢進し、線維芽細胞が増殖し発生するとされる。腹腔内デスマイド腫瘍の3分の1は腹部手術を契機に発生する。良性腫瘍だが切除後も局所再発しやすく、浸潤性に増殖するため注意が必要である。

術前診断が困難であった後腎性腺腫(Metanephric adenoma)の1例：松田博人、羽阪友宏、山本与毅、西原千香子、北本興市郎、青山真人、浅井利大、石井啓一、金卓、坂本 亘、上川禎則(大阪市立総合医療セ) 36歳、女性。検診の超音波検査で左腎腫瘍が疑われ紹介受診。造影CTで左腎に3cm大の乏欠性腫瘍を認めた。左腎細胞

癌(cT1aN0M0)の術前診断にてロボット支援腹腔鏡下腎部分切除術施行。摘出標本は境界明瞭な腫瘍で断面は灰白色のスポンジ状の病変を認めた。病理組織は類円形の核を有するNC比の高い小型細胞が腺管状、乳頭状に増殖している像が見られ砂粒体が散見された。核の大小不同は軽度であり核分裂像はほとんど認められなかった。免疫染色でWT1陽性であり、病理診断は後腎性腺腫(metanephric adenoma)であった。本疾患は良性腫瘍であるが術前診断が困難である症例が多い。本疾患が疑われる場合は生検や腎部分切除など低侵襲な手術法を考慮することが望ましいと考える。

膀胱タンポナーデを契機に発見された肺癌腎転移の1例：藤本幸太、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) 65歳、男性。前立腺癌に対してCAB療法で当科フォロー中。肉眼的血尿、尿閉を主訴に当院救急外来受診。膀胱タンポナーデの診断で当科緊急入院となった。造影CTでは左腎は著性に腫大、鬱血しており、不均一に造影された。腎静脈は深部まで造影欠損しており、膀胱内、左尿管内には多量の血腫を認めていた。左腎静脈内血栓を伴う左腎腫瘍あるいは膿瘍の疑いに対して緊急で左腎摘除術を施行。病理組織像は、扁平上皮癌で、角化物や細胞間架橋構造を認め、尿路上皮癌成分は認めず、腎盂の尿路上皮は正常であったことより、肺癌腎転移と診断した。肺癌は骨、リンパ節、肝臓、脳、皮膚に転移することがほとんどなく腎転移は稀である。自験例は本邦74例目であった。

腎動脈バルーン閉塞により施行しえた腎部分切除術の1例：塔筋央庸、西澤 哲、間島伸行、松浦昌三、上田祐子、樋口雅俊、井口孝司、山下真平、吉川和朗、柑本康夫、原 勲(和歌山医大) 55歳、男性。40歳時に胸腹部大動脈瘤に対する人工血管置換術で両側腎動脈が再建された。2017年8月、左腎腫瘍性病変を指摘され当科紹介。画像上良悪性の鑑別が困難であり腎血管確保困難も予想されたため腫瘍生検を行い乳頭状腎細胞癌と診断。ステージングでcT1aN0M0であった。局所療法として凍結療法は適応外と判断され、ハイブリッド手術室で経皮的腎動脈バルーン閉塞下に腎血流を遮断して腎部分切除術を施行した。術後経過は良好である。過去の報告において周術期合併症、術後成績は腎動脈クランプによる阻血と同程度であり腎血管確保が困難と予想される腎部分切除症例では腎動脈バルーン閉塞を腎阻血の方法の1つとして検討する余地があると考えられた。

RCC with ALK gene rearrangementの1例：前田光毅、上田 進、西川昌友、楠田雄司、原口貴裕、小川隆義(姫路赤十字)、松原重治(まつばら泌尿器科クリニック) 58歳、女性。主訴は肉眼的血尿。造影CTで右腎上極から腎盂にかけて不均一に造影される70mm大の充実性腫瘍を認め、静脈相では右腎静脈内腫瘍塞栓を、排泄相では腎盂尿管移行部までの浸潤を認めた。逆行性尿管造影で陰影欠損を認めたが、細胞診は陰性だった。腎癌：cT3aN0M0、もしくは、腎盂癌：cT3N0M0と術前診断し、組織診断は省略して開腹右腎尿管全摘除術・リンパ節郭清を施行した。摘出標本では腎実質由来の腫瘍が尿路浸潤している印象だった。病理組織は乳頭状構造や粘液を伴う管状など多様な組織像で、免疫染色はPAX8(+), GATA3(-), ALK(+ )であり、ALK遺伝子転座型腎細胞癌と診断した。リンパ節転移を認めておりpT3aN2M0だった。若干の文献的考察を加えて報告する。

Leriche症候群を合併した腎細胞癌に対してロボット支援腹腔鏡下腎部分切除術を施行した1例：吉永光宏、田中 亮、深江彰太、川村憲彦、中川勝弘、薦原宏一、谷川 剛、高尾徹也、山口誓司(大阪急性期総合医療セ) 71歳、男性。CTで偶発的に2cm大の右腎腫瘍を認め、右腎細胞癌cT1aN0M0と診断。造影CTで大動脈が下腸間動脈分岐レベルで完全に閉塞しており、Leriche症候群と診断。CT angiographyでは体壁沿いに多数の側副血路を認めた。腎細胞癌に

対してロボット支援腹腔鏡下腎部分切除術を施行。術前に体表ドップラーエコーで血管の走行をマーキングし、側副血行路を損傷しないようポート留置部位を決定した。術中を通して右下肢血流の低下は認めなかった。病理組織結果は淡明型腎細胞癌であった。Leriche 症候群は腹部大動脈から経腸骨動脈に及ぶ慢性閉塞をさす疾患で、側副血行路により下肢血流が維持されているため、術中の側副血行路損傷の回避が重要となる。

腎癌術後11年経過した後に甲状腺転移と甲状腺乳頭癌の重複癌を認めた1例：今中岳洋，谷口 歩，山中和明，吉田栄宏，岸川英史，西村憲二（県立西宮） 78歳，男性。左腎細胞癌に対して2007年2月開腹左腎摘除術を施行。病理結果は renal cell carcinoma, clear cell subtype, G1, pT3bN0M0 であった。2016年2月に右肺中葉，右副腎に結節性病変が出現。経過観察していたが2016年10月病変の増大を認めた。また新規に甲状腺峡部に15 mm 大の結節性病変が出現した。右肺中葉，右副腎結節に対して切除術を施行，病理結果はともに metastasis of renal cell carcinoma であった。同年より分子標的薬を開始するも甲状腺峡部結節の増大と右葉に新規に結節性病変を認めた。甲状腺穿刺吸引細胞診でも確定診断に至らず，2018年5月甲状腺全摘術を施行。病理結果は腎癌甲状腺転移と甲状腺乳頭癌の重複癌であった。現在術後10カ月再発なく経過している。

左腎部切後の腎仮性動脈瘤，動脈瘤に対する TAE コイルが逸脱し，感染を来たした1例：高田秀明，畑野翔太郎，土橋一成，西川信之，石戸谷 哲（大津日赤） 78歳，男性。左腎部切後の腎仮性動脈瘤および動脈瘤に対してコイル塞栓術を行われた既往あり。約3年後に TAE コイルの腸腰筋への逸脱と同部に膿瘍を形成した。画像を振り返るとコイルは TAE 後1年頃から徐々に逸脱が進んでいた。腸腰筋膿瘍は背部皮下膿瘍に連続しており，これを切開排膿した。腸腰筋膿瘍は残存していたが，10日間の点滴抗生剤投与と約5カ月間の長期抗生剤内服により異物除去を行わずに保存的加療のみで改善した。逸脱コイルへの感染の報告はないが，同じ人工物感染の分野で，米国感染症学会は人工関節を温存した場合の人工関節感染に対して chronic suppression として長期間の経口抗菌薬内服を推奨しており，感染再発率を低下させるとしている。抗生剤終了後3カ月，感染の再燃なく経過している。

腎癌の嚢胞性肝転移の1例：津田壮太郎，大年太陽，濱田晃佑，北和晃，山崎健史，内田潤次，仲谷達也（大阪市大） 74歳，女性。左腎下極の cT1bN0M0 の腎癌に対し腎部分切除術を施行。病理結果は嫌色性腎細胞癌であった。退院後の CT にて術前より認めていた肝嚢胞が急速に増大傾向を認めた。嚢胞内には充実成分の出現を認め，増大傾向を示したため術後9カ月後に肝嚢胞に対して肝部分切除術を施行した。嚢胞内の充実成分は嫌色性腎細胞癌であり，腎癌の嚢胞性肝転移と診断した。嚢胞性肝転移の機序としては充実性腫瘍の肝転移後に壊死を来し画像上嚢胞性の所見を呈する場合と嚢胞性癌が肝転移する場合が知られている。本症例では病理組織にて嚢胞壁の構造を認めず，出血像や壊死像を認めたことから，嫌色性腎細胞癌が肝転移後に肝内にて壊死を来し嚢胞様の所見を呈したと考えられた。

類上皮型腎血管筋脂肪腫の1例：中山慎太郎，佐野孝紀，今井聡士，安福富彦，村蒔次，山田裕二（尼崎総合医療セ） 82歳，女性。義歯誤飲の疑いで施行された腹部 CT にて，偶発的に右腎門部背側に3 cm 大の腫瘍を認め，当科紹介。右腎細胞癌を疑い，腹腔鏡下右腎摘除術を施行した。病理組織診断は類上皮型腎血管筋脂肪腫（eAML）であった。eAML は腎血管筋脂肪腫（AML）の亜型であり，血管周囲に増生する類上皮細胞（PEC）が特徴的である。また PEC で構成される腫瘍である PEComa の一種であり，この PEComa には肺に発生する clear cell sugar tumor，結節性硬化症に合併するリンパ管筋腫腫症（LAM）などが含まれる。eAML は AML の亜型であるが，約40%の症例では局所再発，遠隔転移を認める。悪性であるかどうかを予測する Criteria について様々な研究，報告があり，病理組織学的な所見を因子として挙げている報告が多い。治療方法は外科的摘除が他の腎腫瘍と同様に有用である。しかし遠隔転移した際の治療方法は現在未確定である。過去には doxorubicin の有用性の報告があったが，昨今では mTOR 阻害薬の有用性が調査されており，研究の進展に期待したい。

移植後の腎動脈血栓症に対して，t-PA 全身投与が奏功した1例：佐藤五郎，吉田 崇，矢西正明，増尾有紀，松下 純，元木佑典，松崎和炯，高安健太，大杉治之，井上貴昭，谷口久哲，吉田健志，渡辺仁人，杉 素彦，木下秀文，松田公志（関西医大） 24歳，男性。先天性腎低形成を原疾患とする末期腎不全に対して，pre-emptive な腎移植目的で当院紹介。ドナー父親，血液型不一致，HLA : 0 mm。術中，腎静脈吻合部より出血あったため，再クランプし吻合部修復を行い，腎動脈の血流を確認し，閉鎖した。しかし閉鎖直後のエコーで腎動脈に血流を認めず，急激な血流低下の原因として器質的閉塞・急性拒絶反応・腎動脈血栓症を鑑別に挙げた。経過から腎動脈血栓症と診断し，移植腎摘出，外科的血栓除去を行う方針となったが，再摘出までの時間を考慮し，t-PA を先行投与させた。その結果，t-PA が奏功し，外科的血栓除去の必要はなく，術後経過良好であった。

大動脈弁置換術後に生体腎移植を施行した1例：三田淑恵，西岡 遼，遠藤貴人，横山直己，小田晃廉，小川悟史，石村武志，中野雄造，藤澤正人（神戸大） 44歳，男性。2014年大動脈弁置換術の既往あり，以降ワーファリンを内服していた。2018年末期腎不全で生体腎移植を施行した。周術期はワーファリンを休業，ヘパリン静注で代用した。出血性合併症を懸念し APTT 測定とヘパリン投与量調整を頻回に行なった。術翌日に膀胱タンポナーデを生じたが保存的に対処した。術後5日目には発熱を認め直ちにメロペナム＋ダブトマイシンを開始，同時に検体採取した血液培養で MRSA が検出された。カテーテル関連菌血症と判断，ダブトマイシンを14日間継続し治療した。弁置換術後の腎移植では周術期抗凝固療法による出血性合併症や感染性心内膜炎に注意が必要であるが，いずれも発症を想定して早急に対処することで重症に至らず経過した。

口腔粘膜利用尿道会陰瘻を作成した尿道海绵体完全壊死の1例：赤木直紀，兼松明弘，貝塚洋平，重坂光二，嶋谷公宏，長澤誠司，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） 70歳代，男性。経尿道的操作の結果，陰茎部・球部尿道全長が尿道海绵体とともに壊死し，10年間膀胱瘻管理されていた。膀胱瘻除去を強く希望したため口腔粘膜を利用した尿道会陰瘻を造設する方針とした。術前検査として経膀胱鏡内視鏡と造影検査を施行し，尿道括約筋が保たれていることと，遠位側尿道断端から会陰部までの距離が2.5 cm であることを確認した。会陰部皮膚フラップを後壁とし，口腔粘膜を前壁とした尿道会陰瘻を作成し自排尿可能となった。術後5カ月で吻合部狭窄に対して内尿道切開術を施行。長期膀胱瘻留置による膀胱萎縮での頻尿症状と定期的ブジー目的にナイトバルンを使用して日中はカテーテルフリーとなった。

下大静脈腫瘍塞栓を伴う腎癌症例における CineMRI の有用性：田寛之，寺川智章（神戸大），上野嘉子（同放射線），高橋 哲（高槻放射線），古川順也，原田健一，重村克巳，日向信之，中野雄造，藤澤正人（神戸大） 79歳，男性。家族歴，既往歴に特記すべきことなし。2007年両下肢の浮腫を主訴に当院内科受診。CT で右腎腫瘍，下大静脈腫瘍塞栓，肺転移を指摘され，腎癌 cT3bN0M1 と診断。Pazopanib を約3カ月間投与したところ，腫瘍塞栓にやや縮小を認め，術前 cineMRI では静脈腫瘍塞栓と下大静脈との一部が癒着していると予想された。右腎および腫瘍塞栓摘除術が施行され，cineMRI の所見が術式決定に有用であると思われた。病理組織所見では，pT3b であったが，壊死や炎症が広がっており血管内膜と腫瘍との境界は不明瞭であった。

画像検査で悪性を疑われた尿管ポリープと後腹膜神経鞘腫同時発生の1例：大塚 光，牧野雄樹，増井仁彦，徳地 弘，七里泰正（市立大津市民） 50歳代，女性。無症候性肉眼的血尿で受診。CT 検査で，長さ5 cm の左上尿管腫瘍と径2.3 cm の内部壊死を伴う左腎門部リンパ節腫大を指摘された。画像診断では左尿管癌のリンパ節転移を疑われたが，水腎症を認めず，尿細胞診は陰性であった。尿管鏡検査では，有茎性，乳白色の表面平滑な腫瘍を認め，良性腫瘍の可能性が考えられたため，レーザー切除を施行した。病理診断は線維上皮性ポリープであった。左腎門部腫瘍は，MRI で悪性腫瘍のリンパ節転移が疑われたが，画像検査や消化管内視鏡検査にて原発巣を疑う所見がなかったため，確定診断目的に腹腔鏡下腫瘍摘除術を行ったところ，病理診断は神経鞘腫であった。

**Fumarate hydratase (FH) 欠損腎細胞癌が術後嚢胞性病変として肝・腹膜に転移を来した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），渋谷信介（同病理診断科），西鉢隆太，工藤 亮（同外科）70歳，男性。右側腹部痛を主訴に受診。右腎に嚢胞状腎腫瘍を指摘され腹腔鏡下腎摘除を行った。免疫染色を含む病理診断でFH欠損腎細胞癌と診断した。術後CTで肝に嚢胞性病変出現，壁の不正や造影効果はなかった。単純性嚢胞と診断し経過観察するも増大した。原発巣が嚢胞状であったことから，腎細胞癌の肝転移を疑い腹腔鏡下肝部分切除術を行った。腹壁にも嚢胞性病変を認め，同時切除した。病理診断ではFH欠損腎細胞癌の肝転移と腹膜播種であった。肝の嚢胞性病変は，画像診断上は単純性であっても，悪性腫瘍の既往とその原発巣が嚢胞状であれば肝転移を考慮するべきである。

**IgG4関連後腹膜線維症と鑑別を要した悪性リンパ腫の1例**：今井一登，坂元宏匡，中嶋正和，赤羽瑞穂，井尾克宏，河合 潤，青山輝義（関西電力）60歳代，男性。左水腎症，腎機能低下の精査目的に当科受診。腹部造影CTにて陳旧性腹部大動脈解離を認め，同部位前面から両側総腸骨動脈内側前面にかけて造影効果を伴わない軟部組織を認めた。左尿管は第4腰椎レベルで同軟部組織に巻き込まれていた。各種腫瘍マーカーは陰性であり，特発性後腹膜線維症が疑われた。しかし治療開始前に右水腎症が急速に出現したため，両側尿管ステント留置の上で検査を追加した。血清IgG4高値と<sup>18</sup>F-FDG PETで同軟部組織に集積を認め，確定診断を目的に開腹生検を施行。病理組織所見ではリンパ球を伴う線維性結合組織が主体であったが，CD10，CD20，Bcl-2陽性であり，濾胞性リンパ腫と診断した。化学療法としてR-CVP療法（リツキシマブ，シクロフォスファミド，ビンクリスチン，プレドニゾン）を6コース施行。軟部組織は著明に縮小し，両側尿管ステント抜去可能となった。

内科的治療後，単孔式腹腔鏡下膀胱部分切除術を行った炎症性筋線維芽細胞腫（IMT）の1例：田口俊亮，沖中勇輝（滋賀医大），森和徳（同小児科），猪飼信康，森谷鈴子（同病理診断），森 友莉，小崎成昭，鈴木友理，小林憲市，村井亮介，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）14歳，男児。2018年，肉眼的血尿，排尿時痛を主訴に近医を受診。膀胱に63mmの広基性腫瘍を認め当院当科紹介。生検で紡錘形細胞増殖と炎症細胞浸潤を認め，免疫染色でALK陽性となりIMTと診断。根治的切除が必要と判断したが，切除後の膀胱容量維持のため，抗炎症薬（predonine, ibuprofen）による治療を先行した。腫瘍は約50%程度まで縮小を認め，その後単孔式腹腔鏡下膀胱部分切除術を施行。術後4カ月の時点で再発なく，膀胱容量，整容性も保たれていた。

腎盂癌の腫瘍塞栓により発症した心筋梗塞の1例：奥田洋平，波多野浩士，岡 利樹，朝倉寿久，中井康友，中山雅志，垣本健一，西村和郎（大阪国際がんセンター），安居 琢，大星真貴子，藤田雅史（同腫瘍循環器）62歳，男性。家族歴，既往歴に特記事項なし。左側腹部痛を主訴に近医を受診し，CTで左腎盂癌が疑われ，精査加療目的に当科紹介。経皮的腫瘍針生検を実施し，high gradeの尿路上皮癌と判明。大動脈周囲リンパ節転移を有する左腎盂癌（cT4N2M0）に対してGC療法を開始。2コース施行後に突然の左前胸部痛を自覚。心電図でV2-V5のT波増高を認め，心エコーでは前壁中隔の壁運動の低下を認めた。急性心筋梗塞を疑い，冠動脈造影を施行。左前下行枝に塞栓を認め，塞栓を吸引。塞栓物質は血栓ではなく，白色弾性なmassであった。塞栓の病理組織診断は針生検と同様，high gradeの尿路上皮癌であった。

手術戦略の工夫により切除しえた多血性骨盤内限局型Castleman病の1例：鈴木良輔，後藤崇之，坂野 遼，洲上靖史，八田原広大，藤原真希，飛田卓哉，吉野喬之，北 悠希，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）20歳代，女性。10cm大の骨盤内腫瘍を偶然指摘され当科を受診した。針生検でCastleman病と診断した。腫瘍は多血性で，非常に血管に富んでおり，周囲には発達した腸骨血管系が存在していた。術中出血量減少目的に術前日，腫瘍栄養血管の塞栓術を施行した。さらに腎部・大坐骨孔經由による腫瘍後方アプローチを先行させることで安全に切除しえた。

原発巣治療後，急激な遠隔転移を認めた非筋層浸潤性膀胱がんの1例：吉田 崇，木下秀文，増尾有紀，佐藤五郎，松下 純，元木裕典，大杉治之，井上貴昭，吉田健志，谷口久哲，矢西正明，渡辺仁人，杉 素彦，松田公志（関西医大），大江知里（同病理）82歳，男性。非筋層浸潤性膀胱癌に対して4回のTURBTを受けすべてUC，pTa。5回目のTURBTでpT1，尿管浸潤，squamous differentiationであったが，2nd TURBTは残存腫瘍なく原発巣は治療。1年後，膀胱内再発なしも後腹膜腫瘍・多発転移あり，組織はUC，basal type。pTa，high gradeであった4回目のTURBT標本を見直すと，luminal typeがほとんどを占めるも一部すでにbasal typeを発見。pT1かつ尿管浸潤を示す症例やluminalからbasal typeへの形質変化を認める場合には，今後の進展・転移に注意を要することから，全身化学療法をベースとした根治手術なども考慮すべきかもしれない。

異時に発症した両側腎盂尿管移行部通過障害（UPJO）の1例：長野優太，内藤泰行，安食 淳，高田一平，蒲田勇介，莊子万可，鳴川 司，上野彰久，松原弘樹，白石 匠，本郷文弥，浮村 理（京府医大）21歳，男性。10歳時に近医で左水腎症を指摘され当院紹介。水腎症増悪や分腎機能の低下を認めなかったため無治療経過観察とした。19歳時に左水腎症増悪，間歇的左腰背部痛が出現し腹腔鏡下左腎盂形成術を施行。術中に左UPJOの原因である交差血管を認めた。術後経過良好であったが2年後に突然右水腎症が出現，右分腎機能の低下を認めた。腹腔鏡下右腎盂形成術を施行し左と同様に交差血管による通過障害を認めた。術後水腎症は改善し，3年間経過した現在も再発は認めていない。両側性のUPJOの頻度は10~40%と報告があるが，異時に発症した報告は少なく本症例はきわめて稀な症例と考えられる。

BKウイルスによる出血性膀胱炎後の萎縮膀胱に対して尿路変向術を施行した1例：樋口雅俊，吉川和朗，塔筋央庸，間島伸行，松浦昌三，上田祐子，井口孝司，山下真平，西澤 哲，根本康夫，原 勲（和歌山医大）49歳，女性。2017年11月急性骨髄性白血病に対する同種末梢血幹細胞移植を施行。肉眼的血尿，尿中BKウイルス高値を認め2018年1月当科紹介。大量輸液，膀胱持続灌流，ステロイド減量によりBKウイルス量は減少，血尿も改善傾向となるも，2カ月後の腹部CTで左尿管全体の石灰化を認めた。保存的加療継続により石灰化は改善するも，腎機能低下を来し膀胱造影を施行。高度萎縮膀胱，両側尿管逆流を認め，保存的加療ではコントロール困難と判断し，低侵襲の観点から尿管皮膚瘻造設術を施行。術後腎機能改善し，血尿の再燃なく経過している。BKウイルスによる出血性膀胱炎に対する外科的手術の報告はきわめて稀である。

停留精巣を伴った低ゴナドトロピン性性腺機能低下症に対し補充療法を施行し精巣の自然降下を認めた成人男性の1例：松村聡一，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），大月道夫（同内分泌・代謝内科）32歳，男性。中学生時から二次性徴の遅れを自覚していたが医療機関は受診せず。32歳時，二次性徴が来ないことを主訴に前医を受診し，性腺機能低下症が疑われ当院紹介。陰茎は小陰茎であり，左精巣は触知せず，右陰囊内に萎縮した精巣を触知した。内分泌学的検査ではテストステロン0.34ng/ml，LH1mIU/mlと低値を示しており，低ゴナドトロピン性性腺機能低下症と診断。腹部MRI検査で，外鼠経輪に萎縮した左精巣を認めた。左停留精巣を伴った，低ゴナドトロピン性性腺機能低下症と診断し，ゴナドトロピン補充療法を開始したところ治療開始後6カ月で左精巣の増大と陰囊内への降下を認め，射精を確認できた。

集学的薬物治療にて軽快した生体腎移植後BKウイルス腎症の1例：壁井和也，内田潤次，吉内皓樹，島田久生，香東昌宏，西出峻治，岩井友明，桑原伸介，仲谷達也（大阪市大）48歳，女性。2018年X月生体腎移植術施行。免疫抑制剤はタクロリムス，エベロリムス，メチルプレドニゾン，バシリキシマブの4剤併用療法で行い，経過は特に問題なくs-Cre 0.68mg/dlで退院。生体腎移植後3カ月で，尿中デコイ細胞が出現し血中BKV-PCR陽性となったため移植腎生検にてBKウイルス腎症と診断。タクロリムスを減量するもさらに腎機能は悪化（s-Cre 2.0mg/dl）。2回目の移植腎生検を行い，BKウイルス腎症の増悪と診断。免疫抑制剤の変更（タクロリムス→シクロソリン），シプロキサンの内服，免疫グロブリン静注療法を行ったところ，著明に腎機能は改善（s-Cre 1.3mg/dl）し，組織学的にも

BK ウイルス腎症が軽快したことを確認した。

経十二指腸の超音波内視鏡下穿刺吸引法により後腹膜リンパ節晩期再発と診断しえたセミノーマの1例：谷 優，辻村 剛，山道 岳，中田 渡，辻本裕一，任 幹夫，辻畑正雄（大阪労災） 43歳，男性。13年前に右精巣腫瘍に対して高位精巣摘除術を施行され，セミノーマ pT1N0M0 と診断された。追加治療を行わず経過観察していた。43歳時に検診の超音波検査で4 cm 大の腹腔内リンパ節腫脹を指摘され当科紹介となった。腹部造影CTで十二指腸水平脚から大動脈分岐部まで下大静脈前面に接して5 cm 大の造影効果を伴う腫瘍を指摘された。腹腔内リンパ節腫脹の鑑別目的に組織確認の方針となり，経十二指腸の超音波内視鏡ガイド下穿刺吸引法（EUS-FNA）を施行し右精巣腫瘍（セミノーマ）stage 1 術後13年後腹膜リンパ節晩期再発と診断。BEP療法3コース施行後に腹腔鏡下リンパ節摘出術を施行した。病理学的組織診断では残存腫瘍を認めず，術後13カ月再発なく経過している。

前立腺腫瘍の1例：原田雄基，迫 智之，大橋宗洋，牛嶋 壮，宮下浩明（近江八幡市立総合医療セ） 87歳，男性。PSA 30.0 ng/ml，容量 200 ml の膀胱背側に突出した前立腺に対して針生検を施行も悪性所見なし。2カ月後，発熱・倦怠感を主訴に救急受診。血液検査・CT 検査から前立腺腫瘍と診断し経皮的腫瘍ドレーナージ術を施行。経時的に排液量減少，CRP 値の改善を認めた。再発防止のため経尿道的開窓術を施行。腫瘍腔は尿道近傍になかったため，経直腸エコーでリアルタイムモニタリング下に行った。経尿道的・経直腸的ドレーナージ術では制御困難な前立腺腫瘍は経尿道的開窓術を行うことが勧められているが，本症例のように腫瘍が尿道近傍にない場合には経直腸エコーによるリアルタイムモニタリングを併用することにより安全に手術が可能である。

当院におけるMRI-TRUS 融合画像リアルタイムガイド下前立腺生検の初期報告：沖 貴士，大森直美，田原秀男（耳原総合），高橋智輝（近畿大） [目的] Biojet を使用し，MRI-TRUS 融合画像リアルタイムガイド下前立腺生検を行い，初期報告を行う。[方法] PSA 20 ng/ml 以下であり，PI-RADS (prostate imaging reporting and data system) ver 2 による評価を行い，score 3 以上の病変を有する10例に施行した。患者は年齢平均値72.3歳，PSA 平均値7.59 ng/ml であり，定型生検（SB）12カ所に加え，標的生検（TB）を行った。[結果] 前立腺癌は5例にて検出した。また生検コアごとの癌の割合はSBにて120コアに対して7コア（5.8%），TBにて39コアに対して8コア（20.5%）の癌の検出を認めた。SB, TBともに primary Gleason score の中央値4，secondary Gleason score の中央値4，Gleason score の中央値7であった。PI-RADS 3以上の39コアの内訳はscore 3は4人で癌検出は0人，score 4は9人で癌検出は3人，score 5は5人で癌検出は3人であった。[結果] SBと比較しTBは癌を選択的に検出するのに優れた手段である可能性がある。

腹膜のみに転移を認めた去勢抵抗性前立腺癌の1例：請田翔子，清水洋祐，小河孝輔，宇都宮紀明，勝島浩紀，石原美佐，橋本公夫，金丸聰淳（神戸市立西神戸医療セ） 78歳，男性。PSA 高値（94.0 ng/ml）を認め当科を受診した。前立腺生検を施行し Gleason score 5+4 の adenocarcinoma を検出，画像検査にて明らかな転移を認めず，cT3bN0M0 の前立腺癌と診断しビカルタミドとゴセレリンによるCAB療法を6カ月施行したあとIMRT 78 Gy を施行した。その後PSAは低値で推移していたが1年9カ月後にPSA再発を来し，CTで骨盤内に大小複数のリンパ節転移を認めたためCAB療法を再開した。PSAは0.005 ng/ml まで低下したが3年7カ月後には1.174 ng/ml まで上昇し，転移検索のためのPET/CT およびMRI 検査で多発リンパ節転移は消失したものの腹膜の肥厚性病変が疑われ，他癌腫からの転移も否定できなかったことから腹腔鏡下腫瘍生検を施行。免疫染色にてPAP陽性となり前立腺癌の転移と診断した。現在エンザルタミドで治療中である。

TURP 術後3カ月目に発症した脊椎炎の1例：富澤 満，溝淵真一郎，富岡厚志，細川幸成，林 美樹（多根総合），藤本清秀（奈良医大） 71歳，男性。X-5年から前立腺肥大症に対シタムスロシン内服中。X年にTURP施行された。術後3日目に尿道カテーテル抜去したが，術後6日目に膀胱タンポナーデを来し，尿閉となった。翌7

日目より発熱認め，急性前立腺炎として加療後，術後25日目に退院となった。術後2カ月目に腰痛出現，3カ月目に発熱および腰痛認め，腰部MRI検査で脊椎炎と診断，20週間の長期抗菌薬加療により改善した。前立腺手術後の脊椎炎は稀に報告されており，前立腺癌転移と同様Batson 静脈叢を介して血行性に感染するとされている。特異的な所見がないため診断が難しく，診断にはMRI検査が有用である。前立腺手術後に発熱および背部痛を呈した場合，脊椎炎を念頭において診察が必要である。

CRPC 経過中に鑑別した苦慮した不明熱の1例：宗宮伸弥，藤原裕士，樋上健介，藤川祥平，山田祐也，玉置雅弘，伊藤哲之（日赤和歌山） 79歳，男性。3年前にCRPCと診断され，1カ月前に胸椎転移による下肢麻痺に対して除圧術，放射線治療が行われた。放射線終了直後から発熱が出現しCTから肺炎と診断して抗生剤内服したが改善なく入院となった。各種検査を行ったが熱源わからず鑑別，治療に難渋していたが，突如肺出血を来し呼吸状態悪化したことで好酸球性多発血管炎性肉腫症（EGPA）と診断された。血漿交換やステロイドパルスを行い状態は改善し自宅退院となった。EGPAはChurg Strauss syndromeとも呼ばれていたANCA関連血管炎である。診断に難渋した反省や，悪性腫瘍との関連について若干の文献的考察を交えて報告する。

前立腺癌，肺腺癌，多発性骨髄腫の3重複癌の1例：山本匠真，村尾昌輝，町田裕一，上水流雅人，池本慎一（八尾市立） 82歳，男性。既往歴に心筋梗塞ステント留置後である。高Ca血症で近医受診，精査で肺腫瘍，多発骨腫瘍あり当院外科受診。CTで両者認めるもPETにて肺腫瘍に集積認めず，腫瘍マーカー採取しPSA 182 ng/ml であり当科紹介，肺部分切除術施行時に前立腺生検施行した。病理結果は肺腫瘍は肺腺癌と前立腺癌肺転移，前立腺は Gleason score : 4+3=7，陽性コア数12/12であり，前立腺癌 pT2c 以上N0M1c，肺腺癌 pT1a N0M0 と診断した。骨転移も前立腺癌転移と考えCAB療法，デノスマブ開始した。1カ月後に左大腿骨腫，貧血で緊急入院。採血で多数の形質細胞あり，精査の結果多発性骨髄腫（白血病化）も合併，約4カ月後に死亡した。前立腺癌に他臓器転移もあったため，新規病変より転移の可能性が高いと考えたが，画像上，溶骨性変化であり多発性骨髄腫の存在を考慮すべき症例であった。

限局性前立腺癌に対する密封小線源療法後にハイドロゲル直腸周囲スパーサー留置を施行した1例：阪本慧一，田中宣道，中井 靖，宮本達貴，清水卓斗，市川和樹，三宅牧人，井上剛志，穴井 智，鳥本一匡，青木勝也，米田龍生，吉田克法，藤本清秀（奈良医大） 57歳，男性。併存疾患は便秘症。X年5月の検診でPSA 4.19 ng/ml を指摘され，同年6月に精査目的で当科を受診。経直腸的前立腺生検を行い，グリソンスコア3+4=7，陽性コア2/12の前立腺癌と診断。その後の画像による全身精査でcT1cN0M0 中リスク前立腺癌と診断した。治療は密封小線源療法が行われ，その直後にハイドロゲル直腸周囲スパーサー留置を行った。術後1カ月後に撮影したMRI画像では，術前と比較し前立腺直腸間隙が増大，また直腸吸収線量の低下を認めた。当科での初期10症例いずれにおいても同様の結果が得られたため，文献的考察を加えてここに報告する。

骨転移を有する去勢抵抗性前立腺癌患者に対してRa-223の効果を可視化できた1例：吉内皓樹，加藤 実，山崎健史，井口太郎，玉田聡，仲谷達也（大阪市大），園田哲平（PL） 76歳，男性。Initial PSA 83，GS 4+4，cT4N0M1 前立腺癌に対してCABを開始，約4年でPSA failure となりCRPCと判断。DOC，ABI，DOC，ENZ と加療され，ENZのPSA-PDの時点で当院紹介。内臓転移のない骨転移性CRPCにてRad-223を開始。3回終了時にALP 30%以上低下，PSA 軽度低下を認めた。Planar 骨シンチでは集積の変化は確認できないが，骨シンチSPECT/CTではびまん性骨集積の著明に消失していた。Rad-223による治療効果の評価方法は難しい。骨転移評価のモダリティとして，諸問題あるものの骨シンチSPECT/CTは感度・特異度ともに高いと報告されている。転移性骨腫瘍の診断および治療効果判定において各モダリティの特性を理解することは有用である。

尿道上裂型盲管重複尿道の1例：篠原雅岳，松下千枝，坂 宗久，平尾佳彦（大阪明館） 58歳，男性。検診でPSA高値を指摘され当科初診。身体所見で陰茎根部0時方向に直径約3 mm 程度の瘻孔を

認めた。MRI 検査で膀胱前立腺の前方に嚢胞様構造を認め、そこから瘻孔へと連続する索状構造を認めた。膀胱、主尿道との交通は明らかではなく尿道上裂型盲管重複尿道と考えられた。現在まで無症候であり経過観察としている。本邦の重複尿道報告例はわれわれの調べた限りでは自験例を含め329例であり、その多くが尿道上裂型盲管重複尿道に分類される。しかし自験例のように陰茎根部に開口する症例は少なく本邦5例目であった。本症例のように陰茎根部に瘻孔を有する症例について、近年は先天性恥骨前瘻孔として報告が散見される。先天性恥骨前瘻孔としては自験例が39例目でありともに最高齢での報告となる。本疾患について若干の文献的考察を加え報告する。

**サブクリニカルクッシング症候群を併発した原発性アルドステロン症の1例**：高瀬雄太，岡田桂輔，堀部祐輝，寺川智章，古川順也，原田健一，松下 経，石村武志，重村克巳，日向信之，中野雄造，藤澤 正人（神戸大） 高血圧，糖尿病にて治療中の50歳，男性。CT で偶発的に左副腎に造影効果のある腫瘍性病変を認め右副腎に結節を認めた。副腎静脈サンプリングにより両側性（右優位）の原発性アルドステロン症，また明らかなクッシング症候群特有の症状を認めないもののコルチゾールの自律産生を認めサブクリニカルクッシング症候群の診断となる。径が大きく造影効果のある左副腎腺腫を腹腔鏡下に摘出した。術後の経過は良好であり血糖値改善など症状の改善を認めた。組織学的には21mm 大の腫瘍を認めるとともに背景の皮質に小結節変化を認めアルドステロン合成酵素である CYP11 $\beta$ 2 に対する病理組織学的検査を追加し微小なアルドステロン産生腫瘍を確認した。

**尿管結石治療中に偶発的に後腹膜腫瘍の診断に至った1例**：高島靖，星山英泰，高橋雄大，高森 一，河野有香，川西博晃，奥村和弘（天理よろづ） 56歳，特に既往のない女性。右背部痛を主訴に受診し，KUB にて右尿管結石の診断。右尿管結石に対してTUL を施行。周術期に大きな問題なく治療は終了した。手術3ヵ月後に両背部痛の訴えあり受診，CT にて両側尿管結石再発に加えて両腎周囲の後腹膜腫瘍を指摘された。後腹膜鏡下腫瘍生検を施行した。周術期に大きな問題なく終了。多発性骨髄腫の診断であった。当院血液内科に連絡し，多発性骨髄腫に対して化学療法による治療を施行している。化学療法期間の間に再度両側 TUL を施行し結石はすべて破碎，回収している。

**腹腔鏡下生検で診断しえた IgG4 関連後腹膜線維症の1例**：金子昌里南，宮崎慎也，尾崎慎司，田原秀和，中ノ内恒如，三神一哉（京都第一日赤） 78歳，男性。結腸癌術後半年のフォロー CT で左上部尿管周囲に腫瘍性病変を指摘され当科紹介となった。尿管内原発腫瘍を除外するために逆行性尿路造影を行うと，尿管外からの圧排を示唆する所見であった。左尿管鏡検査でも尿管内腫瘍病変は認めず，尿管鏡下生検を行ったが確定診断に至る病理組織を得ることはできなかった。精査目的に PET-CT を撮影したところ左尿管周囲腫瘍に集積を認めたほか，血液検査で血清 IgG4 高値を認めた。組織採取のために腹腔鏡下尿管周囲腫瘍生検術を行い，病理検査の結果 IgG4 関連後腹膜線維症と診断しえた。術後も水腎症や腎機能低下がなく無症状で経過しているため，ステロイド投与を行わず定期血液・尿検査フォローを継続している。

**高度（病的）肥満患者の尿管結石に対して経尿道的尿管碎石術を施行しえた1例**：高橋俊文，寒野 徹，岡田 崇，東 義人，山田 仁（武田総合），高橋 彰（洛西ニュータウン） 40歳，男性。身長 170 cm，体重 157 kg，BMI = 54.3 kg/m<sup>2</sup>，肉眼的血尿あり近医を受診。左腎結石を認め，結石加療目的に前医を紹介受診した。前医 CT にて左上部尿管に結石の下降を認めた。前医にて体外衝撃波結石破碎術（ESWL）を試みるも体厚が大きく透視画像も不明瞭であり，経尿道的尿管碎石術（TUL）を試みたがやはり透視画像が不明瞭であり，手術台が不適であったため，当院泌尿器科紹介となった。軟性膀胱鏡下に prestending を行い，後日 TUL を施行した。荷重の大きい手術台や高い管電圧が可能な透視装置を用い，エラーが生じて透視装置が停止することがあったが問題なく手術は可能であった。高度肥満患者の尿路結石に対しても適切な道具や環境を設定する事で治療が可能であると考えられた。

**尿管結石嵌頓に併発した腎被膜下血腫の1例**：泉 はるか，岡田宜之，花房隆範，今津哲央，木内利明（済生会千里） 45歳，女性。

2017年11月右背部痛を主訴に近医受診し右腎結石を指摘。疼痛悪化にて CT 施行したところ右腎結石が尿管へ嵌頓していた。さらに疼痛悪化し当院救急外来を受診。CT にて右腎被膜下血腫を認めた。炎症反応高値であり，尿管結石嵌頓による急性腎盂腎炎，非外傷性腎被膜下血腫の診断で緊急入院した。血腫に関しては保存的加療を行い，改善後に MRI 施行し，腫瘍性病変がないことを確認した。腎盂腎炎および結石に関しては尿管ステント留置し抗生剤加療を行い，後日 TUL を施行した。尿管結石嵌頓による尿路通過障害からの非外傷性腎被膜下血腫は非常に稀であり，若干の文献的考察を加え報告した。

**尿管子宮内膜症の2例**：弓場 寛，館 彩加，大島純平，林 拓自，芝 政宏，井上 均（市立池田） 症例1：42歳，女性。2011年12月左水腎症を指摘され当科紹介。RP で下部尿管狭窄を認め，自然尿・腎盂尿細胞診は陰性であった。CT・MRI 所見から左尿管癌疑い・左無機能腎との診断のもと，2012年2月左尿管全摘除術を施行。病理診断は管外性尿管子宮内膜症であった。症例2：46歳，女性。2015年12月左水腎症の出現を認め，当科紹介。RP で中部尿管狭窄を認め，自然尿・腎盂尿細胞診は陰性であった。3度バルーン拡張術を行うも改善せず。腎盂尿細胞診は7回陰性。2018年10月左尿管部分切除・尿管端々吻合術を施行。尿管内腔に長径 18 mm と 16 mm のポリープを認めた。病理診断は混合型尿管子宮内膜症であった。2症例とも2019年2月現在，再発や再狭窄を認めていない。若干の文献的考察を加えて報告する。

**神経内分泌変化を伴う移行上皮癌に対しペムプロリズマブを投与した1例**：中本喬大，駒井資弘，速水悠太郎，三島崇生，西田晃久，室田卓之（関西西大総合医療セ） 71歳，男性。2年前に左尿管癌にて後腹膜鏡下左腎尿管全摘術・術後補助化学療法を実施した。病理結果は移行上皮癌・pT3・断端陰性・リンパ節転移なしであった。術後補助化学療法 GEM+CDDP 3コースを実施し定期フォローとなった。定期フォローで膀胱内左尿管口痕に非乳頭状広基性腫瘍，CT で肺転移を認めた。TURBT を実施，神経内分泌変化を伴う移行上皮癌であった。VP-16+CBDCA を実施したが，5コース終了後再増大を認めたため，ペムプロリズマブに変更し加療を行った。ペムプロリズマブの効果は完全奏功となり，現在1年投与を継続しているが増大なく経過している。神経内分泌変化を伴う移行上皮癌にペムプロリズマブは効果がある可能性があることが示された。

**尿管内異物の1例**：金城友紘，山本顕生，山中庸平，金城孝則，惣田哲次，本郷祥子，吉岡 厳，高田晋吾（大阪警察） 59歳，男性。20XX年12月，尿失禁あり前医受診し，CT にて膀胱結石を指摘され，加療目的に翌年1月に当院を紹介受診。CT で膀胱結石を2個認め，経尿道的膀胱碎石術を施行。術中各結石の中から異物を確認し摘出した。異物はゴムテープであり，自慰目的の留置であった。術後1年2ヵ月後に左腰部痛と40度の発熱を主訴に近医受診。CT で左下部尿管から膀胱内にかけてステント状の物質が入っており，左水腎を来たし腎盂腎炎の診断。本人は当院で留置したものと説明し当院を紹介受診。当院での留置の記載がなかったため膀胱鏡を施行したところ，ゴム状の異物が尿管内に迷入しており，膀胱鏡下に把持鉗子で抜去した。

**術後早期に膀胱内再発を来した尿管原発小細胞癌の1例**：田中亮，深江彰太，吉永光宏，川村憲彦，中川勝弘，谷川 剛，藤原宏一，高尾徹也，山口誓司（大阪急性期総合医療セ） 79歳，女性。C型慢性肝炎経過観察目的の腹部エコーにて右水腎症が指摘されたため，精査加療目的に当院紹介受診となった。尿細胞診陽性であり，腹部造影 CT にて下部尿管に2 cm 大の造影効果を伴う腫瘍が認められ，右尿管癌（cT3N0M0）が疑われた。後腹膜鏡下右腎尿管全摘除術，膀胱部分切除術を施行し，尿管原発小細胞癌の診断となった（small cell carcinoma, mixed type, INFb, pT3, ly1, v1, u-r0, ur0, RM0）。術後3ヵ月目の膀胱鏡にて膀胱内再発が認められ，経尿道的膀胱腫瘍切除術を施行した（small cell carcinoma, pT2 以上）。術後化学療法を勧めたが高度認知症でありご家族が希望されず BSC の方針となった。TURBT 後2ヵ月で肝転移が出現し，癌死した。尿管原発小細胞癌は術後半数以上が転移再発を来し，予後が悪いとされている。しかし，尿管原発小細胞癌の報告は少なく，確立された治療法はない。尿管原発小細胞癌について文献的考察を加えて報告する。

**Meckel 憩室による膀胱腸瘻の1例**：玉井健太郎，桑原 賢，菊池 堯，林 泰司，西岡 伯（和泉市立総合医療セ） 20歳，女性。20XX年から肉眼的血尿と反復性尿路感染症を主訴に受診。抗生剤内服治療により血尿および尿路感染症は軽快を認めるも，内服終了後に同症状の再燃を繰り返していた。膀胱鏡検査にて膀胱頂部に solid tumor を認めたため，TUR-BT を施行。病理結果は chorionic cystitis であった。また，術前の CT でも丈夫尿路には異常を認めなかった。術後の膀胱鏡検査にて同部位に同様の再発所見を認め，生検を行うも病理結果は同様であった。MRI などでの精査を行うも明らかな異常所見を認めず，尿管管腫瘍の可能性も考えられたことから開腹での尿管管的摘除術を施行した。術中所見から膀胱腸瘻を認め，当院外科にとの合同手術となり，Meckel 憩室膀胱腸瘻との診断に至った。

**巨大膀胱憩室を伴う蔓状神経線維腫に対し膀胱部分切除術を行った1例**：前阪郁賢，大森千尋，初鹿野俊輔，中濱智則，松本吉弘，百瀬均（星ヶ丘医療セ），岸野辰樹，辻本賀洋（高の原中央） 40歳，男性。数年前より排尿困難を自覚。排尿困難が増悪したため近医を受診。CT で膀胱後壁から頂部にかけて腫瘍性病変を指摘され当科紹介受診。CT で膀胱頂部に 5×6×11 cm 大の巨大膀胱憩室を認めた。排尿時膀胱尿道造影で排尿時に憩室への流入と多量の残尿を認めた。経尿道的生検で良性的の ganglioneuroma と診断。排尿困難の改善目的に膀胱部分切除術を施行。腫瘍は膀胱後壁から三角部にも及んでおり肉眼的にも残存している状態で手術終了。病理標本より蔓状神経線維腫と診断。術後排尿困難は改善し，残尿も認めていない。神経線維腫症 1 型の疑いもあるため現在全身検索を行っており，腫瘍の再発なく経過している。

**膀胱原発バラガングリオーマに対して TUI 補助下に後腹膜鏡下膀胱部分切除術を行った1例**：荒木博賢，伊藤克弘，内田稔大，宮崎有，三品睦輝，奥野 博（京都医療セ） 50歳代，女性。10年来，排尿時の動悸発作，浮遊感発作を自覚しており，他院 MRI で膀胱腫瘍を認めたため当院を紹介受診。排尿後の血中ノルアドレナリン値の上昇，MIBG シンチグラフィでの膀胱腫瘍への 123-I 集積を認め，膀胱バラガングリオーマの診断に至った。治療は外科的切除とし，後腹膜鏡下の膀胱部分切除術を選択した。恥骨後面の小径腫瘍に対し手術操作は困難であり，経尿道的切開術を併用して手術を行った。病理組織所見はバラガングリオーマ，PASS score 0 点，Ki-67 標識率 1% 未満，断端陰性であった。術後経過は良好であり，5 カ月間再発なく経過している。

**膀胱原発成熟奇形腫の1例**：早田直生，服部悠斗，中村健治，高橋毅，光森健二，大西裕之（大阪赤十字） 41歳，女性。2018年7月に頻尿を主訴に受診。エコーにて膀胱内に腫瘍性病変を認めた。膀胱鏡では右尿管口外側に表面平滑な有茎性腫瘍を認め，MRI では右尿管口外側に脂肪や石灰化を含む径 20 mm の腫瘍を認め成熟奇形腫を疑った。画像上明らかな筋層浸潤を認めず経尿道的腫瘍切除術を施行した。病理結果は外胚葉由来の皮膚付属器を伴う重層扁平上皮，唾液腺と類似した腺房組織，神経膠組織や中胚葉由来の骨・軟骨・脂肪を認め，悪性所見は伴わず術前の画像所見に矛盾せず成熟奇形腫と診断した。術後再発なく経過している。

**膀胱 MALT リンパ腫の1例**：高橋昂佑，梁 英敏，安藤 慎，結縁敬治，山下真寿男（神鋼），青山有美，小高泰一（同血液内科），伊藤智雄（同病理診断科），今西 治（いまにし泌尿器科） 82歳，女性。神経因性膀胱のため近医泌尿器科で間欠的の自己導尿で排尿管理されていた。スクリーニングの膀胱超音波検査で偶発的に膀胱腫瘍を認め，膀胱鏡検査で多発する表面平滑な広基性膀胱腫瘍を認めた。TUR-BT 施行し病理診断は膀胱 MALT リンパ腫であった。IL-2R 1, 133 U/ml，PET/CT では膀胱外に集積認めず，限局型膀胱 MALT リンパ腫の診断となる。高齢のためリツキシマブ単独化学療法から治療開始となり，3 コース施行後の膀胱鏡では腫瘍が残存していたため，放射線療法に変更し膀胱へ 30 Gy を照射し，膀胱鏡で腫瘍消失を確認した。その後，無治療経過観察中であり，4 カ月時点では IL-2R, 膀胱鏡所見で再発を認めていない。

**膀胱癌治療中に陰に発生した尿路上皮癌の1例**：小田侑希，橋村正哉，大山信雄（奈良県西和医療セ），細川奈月，米田聡美，井谷嘉男（同産婦人科），尾張拓也（国保中央） 72歳，女性。難治性膀胱炎を

主訴に初診。膀胱鏡にて膀胱頸部に腫瘍を認めた。TURBT の結果，膀胱癌 T1 high grade と診断。2nd TURBT を施行したところ前回切除部位と異なる部位より CIS を検出。BCG 膀胱内注入療法 8 回終了後，性器出血を認めたため CT・MRI で精査したところ膀胱腫瘍と膀胱腫瘍再発を認めた。両者を生検した結果では，病理所見は類似しており膀胱癌の膀胱転移または播種と診断した。根治目的に腹腔鏡下膀胱子宮全摘および膀胱前壁切除術を施行。病理所見では膀胱に癌の残存はなく，陰からは high grade UC を認めた。切除断端は陰性であった。尿路上皮癌の既往・合併がある症例において不正性器出血がみられた場合は陰での尿路上皮癌発生を疑う必要がある。

**BCG 膀胱注入療法後に発症した *M. bovis* による化膿性脊椎炎の1例**：宮本達貴，三宅牧人，阪本慧一，清水卓斗，市川和樹，中井靖，井上剛志，穴井 智，田中宣道，藤本清秀（奈良県立医大） [緒言] BCG 膀胱内注入療法は表在性膀胱癌の治療として広く用いられているが，様々な合併症を引き起こすことが知られている。今回 BCG 療法後に発症した *M. bovis* による化膿性脊椎炎を来した 1 例を経験したため報告する。[症例] 81歳，男性の方で，血尿契機に発見された膀胱腫瘍に対して TURBT を施行した。病理は T1 high grade であったため，2nd TURBT を施行し，病理は T0 であった。その後，イムノブラダー（東京172株）80 mg×8 回施行した（投与中血尿あり）。15カ月後に発症した腰痛精査において腰椎溶骨性病変を認めたため，骨生検施行した。抗酸菌培養検査，PCR 検査にて *M. bovis*（東京172株）を同定し，BCG 契機の化膿性脊椎炎と診断し，抗結核薬治療を開始に至った。[結語] BCG 膀胱内注入療法の合併症である化膿性脊椎炎は非常に稀であるが，リスク患者への投与は注意すべきである。

**異時性両側精巣垂捻転の1例**：瀧本啓太，馬場雅人，伊狩 亮，鴨井和実，三木恒治（済生会滋賀） 10歳 0 カ月，男児。左下腹部痛を自覚，翌々日には精巣に激痛が出現したため初診。発熱，嘔気，精巣挙筋反射消失，精巣高位挙上，腫脹，硬化のいずれも認めず。超音波で精巣，精巣上体共に異常なく精巣付属器小体は指摘できなかった。精巣内血流は微弱ながら確認でき左右差も認めなかったことから精巣捻転は否定的で経過観察の方針が提示したが同意が得られず緊急手術実施。虚血により暗赤色に変色した 3 mm 大の精巣垂を 1 個認め精巣垂捻転と確定，これを切除し精巣固定術を行って終了。その 11カ月後に右精巣痛を自覚，前回より痛みが強く即日受診。疼痛のため十分な観察が不可能で精巣内血流が確認できなかったため緊急手術を実施。精巣捻転は認めず，4 mm 大の精巣垂を 1 個認め 180°捻転していたため異時性両側精巣垂捻転と診断，同様の処置で終了。

**有茎性陰囊尖圭コンジローマの1例**：西田将成，花田英紀，金 哲将（公立甲賀） 71歳，男性。主訴は左陰囊腫瘍。既往歴に糖尿病あり。2年前より左陰囊皮膚に出現した無痛性腫瘍が徐々に増大したため当科受診。腫瘍は 4.5×3.5×3.0 cm，赤褐色，有茎性乳頭状で正常皮膚との境界は明瞭であった。血清 SCC 抗原 38.4 ng/ml と高値を認め，腹部造影 CT 検査で血流豊富な左陰囊腫瘍と左外腸骨リンパ節腫大を認めた。腫瘍切除を施行し，病理組織診断は尖圭コンジローマであった。術後 2 カ月で血清 SCC 抗原 1.6 ng/ml まで低下し，左外腸骨リンパ節の縮小を認めた。術後 6 カ月で再発を認めていない。尖圭コンジローマが巨大化する要因として免疫抑制状態，慢性刺激，不潔な衛生状態，糖尿病，喫煙などが挙げられる。巨大尖圭コンジローマは悪性化する可能性があり，外科的切除を行い病理組織学的に検討することが重要である。

**陰囊象皮症巨大陰囊内血腫感染の1例**：服部悠斗，早田直生，中村健治，高橋 毅，光森健二，大西裕之（大阪赤十字） 45歳，男性。陰囊内感染，皮膚への自壊により当科初診。ダウン症患者で陰囊象皮症であったが，鼠径ヘルニアも発症し 2016年7月当院外科にて腹腔鏡下根治術施行。術後，陰囊内血腫により陰囊はさらに腫大していた。2018年3月に陰囊背側からの排膿を主訴に当科紹介受診。発熱と炎症反応高値を認め CT にて膿瘍形成・陰囊内血腫感染が疑われ，開放ドレナージ施行するも感染徴候改善せず創治癒も不良であったため，陰囊切除術を施行した。創部の治癒は良好であり，術後感染はコントロールされた。

**精巣類表皮嚢胞の1例**：村下純輝（京都第一赤十字）、清水輝記、萩原暢久、安田考志、落合 厚（松下記念） 57歳、男性。不明熱を主訴に当院血液内科紹介初診。骨髓検査の結果、白血病と診断された。発熱精査のための胸腹部 CT 検査で左陰嚢内に腫瘤を指摘され、当科紹介。左陰嚢はゴルフボール大に腫大しており、発赤は認められたが圧痛は認めなかった。右精巣は外傷の既往あり摘除されていた。精巣超音波検査では、尾側に圧排された精巣と点状の高エコー像が散在する腫瘤を認めた。PET-CT 検査では精巣に異常集積は認めなかった。悪性疾患を否定しきれず、高位精巣摘除術を施行した。黄白色、粥状、充実性の成分の腫瘍であり、病理結果は epidermoid cyst であった。

**Leydig 細胞腫の1例**：田口元博、善本哲郎、土井 裕（明和） 80歳代、男性。主訴は左陰嚢内容の腫大。エコー、MRI にて精巣腫瘍が疑われ、高位精巣摘除術を施行。HE 染色による好酸性細胞質の増殖および  $\alpha$ -inhibin 陽性であり Leydig 細胞腫と診断。術後3カ月目に肝転移、骨転移が出現し、臨床的に悪性と診断し、現在緩和治療中である。Leydig 細胞腫は精巣腫瘍の1~3%と稀な疾患であり、その中でも10%が悪性と言われている。悪性と示唆される組織所見は、①腫瘍サイズが5cm以上、②細胞異型、DNA 異型が認められる、③核分裂像が認められる、④壊死像がある、⑤脈管侵襲、断端陽性である、⑥精巣実質を超える進展を認めるといった点がある。本症例でも核分裂像、壊死像は認めていたが、診断時は転移もなく、悪性と確定診断をつけるのは困難であった。しかし、3カ月後には多発肝転移、骨転移も出現し悪性と診断した。悪性ではきわめて予後は不良であり、早急な診断および治療介入が必要である。

**組織型の異なった同時性両側精巣腫瘍の1例**：早川啓太、山田剛司、太田雄基、多賀英人、斎藤友充子、高村俊哉、山田恭弘、鈴木啓、本郷文弥、浮村 理（京府医大） 37歳、男性。無痛性右精巣硬結にて近医受診。超音波検査にて両側精巣腫瘍が疑われたため当科紹介。MRI 検査にて、右側精巣に約20mmの結節、左側精巣に約10mmの結節を認めた。各種腫瘍マーカーは正常範囲であった。CT にて明らかな転移は認めず、両側精巣腫瘍 stage I の診断で両側高位精

巣摘除術を施行した。病理組織診断は、右側は胎児性癌、左側は胎児性癌、セミノーマ、卵黄嚢腫瘍の混合型であった。本邦では両側精巣腫瘍は精巣腫瘍全体の約1.6%とされており、そのうち同時性は約33.1%、さらに左右異組織型のは約8.4%と稀である。精巣部分切除については、確立した適応基準がないため慎重な検討が必要であると考えられた。

**精索脂肪肉腫の1例**：堀谷 弘、竹澤健太郎、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） 53歳、男性。左鼠径部腫大を主訴に前医を受診し、CT検査で大網を内容物とする左鼠径ヘルニアと診断された。鼠径ヘルニア根治術が施行されたが、術中に鼠径部腫瘍であったことが判明し、腫瘍切除術を施行された。腫瘍は肉眼的に不完全切除であったが、病理診断が脂肪腫であったため経過観察されていた。16カ月後、CTで左鼠径部から骨盤内に連続する直径15cm大の内部不均一な腫瘤性病変および左陰嚢内に直径7cm大の嚢胞性病変を指摘され、当院を受診した。精索脂肪肉腫および左陰嚢水腫と診断され、腫瘍切除術を施行された。病理組織診断は高分化型脂肪肉腫であった。術後10カ月現在、再発なく経過している。精索脂肪肉腫は鼠径ヘルニアと画像上鑑別困難なことがある。

**精巣腫瘍を疑った膀胱癌傍精巣転移の1例**：辻 博隆、松崎恭介、片山欽三、鄭 則秀、西村健作（大阪医療セ） 42歳、男性。右陰嚢の無痛性腫大を主訴に近医受診。精巣腫瘍の疑いで当科紹介。現症では右陰嚢内に小指頭大の結節を触知した。検査所見ではLDH および肝機能酵素が軽度高値であったが、HCG およびAFP は正常範囲内であった。右精巣超音波所見では、精巣下極に1cm大の腫瘤性病変を指摘。精巣腫瘍の可能性を考え、PETCT を施行。右陰嚢内に2カ所、膀胱癌、肝両葉、複数のリンパ節に強いFDG 集積を認めた。膀胱癌のマーカーが高値であり膀胱癌原発、肝転移、リンパ節転移、右精巣転移の可能性が示唆された。膀胱腫瘍の内視鏡下生検を施行するも確定診断に至らず、高位精巣摘除術を施行。病理組織学的診断は膀胱癌の傍精巣転移であった。化学療法を5コース施行するもPDとなり、病勢増悪により死亡した。