

学会抄録

第242回日本泌尿器科学会関西地方会

(2019年10月19日(土), 於 大阪南医療センター附属大阪南看護学校)

異所性副腎オンコサイトーマの1例: 深江彰太, 堀部祐輝, 山中庸平, 惣田哲次, 本郷祥子, 吉岡 巖, 高田晋吾 (大阪警察) 39歳, 男性. 近医での造影 CT 検査で右腎門部に 2.5 cm 大の腫瘍を認めたため精査目的に当科紹介. 血液検査では明らかな異常所見は認めなかった. また内分泌学的検査でも明らかな異常所見は認めなかった. 緩徐に増大傾向を認めたため腹腔鏡下右後腹膜腫瘍摘除術を施行した. 摘出した腫瘍の肉眼的所見は境界明瞭で断面は黄褐色であった. また病理組織ではオンコサイトーマに特徴的な好酸性を有する細胞を認め, 免疫染色で副腎皮質由来を示唆する所見を認めたため, 異所性副腎オンコサイトーマと診断した. Lin-Weiss-Bisceglia criteria では該当するものがなく良性と診断できた. 術後経過は良好で術6日目に退院となった. 術後半年経過した時点で明らかな再発なく経過している. これまで副腎オンコサイトーマの報告は25例ほどあるが, そのうち異所性副腎オンコサイトーマは7例であり, 本症例が8例目と稀な症例である.

17歳時に発見された神経節芽腫の1例: 大平僚祐, 竹澤健太郎, 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) 17歳, 男性. 主訴は腹痛. 既往歴, 家族歴は特記すべきことなし. CT で径 10.5 cm 大の左副腎腫瘍を指摘された. 内分泌検査では尿中 VMA, HVA が高値, 尿中メタネフリン, ノルメタネフリンが基準値内であった. MIBG シンチでは腫瘍に一致した部位に RI 集積が認められた. 神経芽腫群腫瘍もしくは褐色細胞腫の診断のもと, 褐色細胞腫に準じた術前準備の後, 腹腔鏡下左副腎摘出術が施行された. 病理診断は副腎原発神経節芽腫混在型であった. MYCN 遺伝子増幅, 染色体異常は認められず, INRG リスク分類の超低リスク群に分類された. 術後補助療法は行われなかった. 術後3年現在, 再発なく経過している. 神経芽腫群腫瘍の発症年齢は5歳以下が90%以上であり, 15歳以上での発症は稀である. 15歳以上で診断された副腎原発神経節芽腫は自験例を含め本邦で8例しか報告されておらず, きわめて稀な症例と考えられた. 術2年半後の再発例が報告されており, 慎重な経過観察が必要と考える.

Oncocytic adrenal cortical adenoma の1例: 朝倉寿久, 河田信彦, 谷 勝, 岡 利樹, 川村憲彦, 中川勝弘, 薦原宏一, 高尾徹也, 山口誓司 (大阪急性期総合医療セ) 41歳, 男性. 左副腎に 4.9 cm の腫瘍を認め当科紹介受診. 身体所見には特記事項なく, 内分泌検査でも異常は認めなかった. 腫瘍径も大きく, 悪性は否定できず腹腔鏡下左副腎摘除術を施行. 病理結果は Oncocytic adrenal cortical adenoma であった. 副腎の oncocytic tumor は非常に稀な疾患である. 腫瘍径, 腫瘍重量が大きいことが特徴であるが, 画像検査上の特徴に乏しく術前診断は非常に困難と言われている. 診断には形態学的分類である Modified Weiss criteria が採用され, 近年では免疫染色も診断の一助となること報告されている. 本症例は major criteria, minor criteria を満たさなかったため oncocytic adrenal adenoma と診断した.

副腎癌術後, 再発を繰り返すも長期生存を得た1例: 植松 陸, 寺川智章, 古川順也, 原田健一, 重村克巳, 石村武志, 日向信之, 中野雄造, 藤澤正人 (神戸大) 22歳, 女性. 2009年3月 前胸部の瘰癧, 前腕や下肢の紅色皮疹を認め, CT にて 16 cm 大の左副腎腫瘍を指摘され当院紹介受診. コルチゾールの過剰分泌, DHEAS 異常高値, クッシング徴候陽性からクッシング症候群と副腎癌の診断. 2009年11月に左副腎摘除術施行し, 病理結果は Weiss criteria 8項目該当し副腎癌の診断. ミトタンによる術後補助療法が開始となった. その後再発転移を繰り返すも, 再発腫瘍切除とミトタン内服での治療を継続. 4回目の手術から3年6カ月経過した現在再発なく経過良好. 当院では Stage IV 相当の転移再発症例においても積極的な局所療法を施行しており, 比較的良好な予後を得られており, 長期生存を得られる可能性があると考えている.

嚢胞性変化を伴った副腎褐色細胞腫の1例: 松山直幹, 田中一志, 宮崎 彰, 武市佳純 (北播磨総合医療セ) 71歳, 男性. 高血圧, 脂質異常症で近医通院中, 腹部エコーにて膀胱部に嚢胞性病変を疑う所見を認めたため, 当院消化器内科紹介. 造影 CT, EUS 施行されたところ, 8 cm 大の左副腎嚢胞性腫瘍と判明. 内分泌内科での精査の結果, 24時間蓄尿検査にてメタネフリン分画上昇, ¹²³I-MIBG にて嚢胞周囲の集積認めたことから, 副腎褐色細胞腫の臨床診断. その後当科紹介となり, 腹腔鏡下左副腎摘除術施行. 病理診断は副腎褐色細胞腫. 褐色細胞腫のうち, 嚢胞性変化を来たす割合は20%程度と報告されており, 通常の褐色細胞腫よりも無症候性の頻度が高い. 嚢胞の破裂による褐色細胞腫クリーゼは致死的な状態を来たしうるため, 副腎嚢胞に隔壁や壁の造影効果, 石灰化などが認められた際には, 褐色細胞腫の可能性を考慮の上, 早期の治療介入が推奨される.

腎周囲脂肪に発生した脂肪肉腫2例: 岩村陽裕, 濱田晃佑, 大年太陽, 山崎健史, 井口太郎, 仲谷達也 (大阪市大) 57歳, 男性. 肉眼的血尿を主訴に当院受診. 精査目的の腹部造影 CT で右腎腹側に周囲の脂肪成分よりやや高吸収な腫瘍を認めた. 2例目は81歳女性. 気管乳頭腫に対して当院で気管支鏡下腫瘍切除術後. 術後フォローの CT で指摘された左腎周囲の異常陰影が増大傾向となり当科紹介. 画像検査の結果脂肪肉腫を疑われ, 腹腔鏡下後腹膜腫瘍・腎合併切除術を施行した. 病理結果は2例とも高分化型脂肪肉腫であった. 本症例2例においては発見時より後腹膜に巨大腫瘍として存在していた. 画像所見より後腹膜脂肪肉腫の可能性が示唆されていたため完全切除を目指した腎合併切除を行っている. 術後局所再発が高率に認められるが, 再切除による予後延長が期待できるため術後の慎重な follow up が重要である.

腎原発 Ewing 肉腫の1例: 中尾一慶, 松崎和炯, 吉田 崇, 清田翔, 川西 誠, 佐藤五郎, 増尾有紀, 神尾絵里, 池田純一, 大杉治之, 滝沢奈恵, 谷口久哲, 矢西正明, 齋藤亮一, 渡辺仁人, 杉 素彦, 木下秀文, 松田公志 (関西医大), 大江知里 (同病理診断科), 奥廣有喜 (大阪市総合医療セ) 33歳, 男性. 左側背部痛を自覚. CT にて左腎上極に腫瘍を指摘され紹介受診された. 腎癌 (cT3aN0M0) と診断し, 経腹的腹腔鏡下腎摘出術を施行した. 病理検査では, Small round blue cell tumor の所見であった. 悪性リンパ腫や肉腫の鑑別を要し, 免疫染色を追加するも診断に難渋した. 遺伝子検査を追加し EWSR1-ERG 融合遺伝子陽性となり, 最終診断として Ewing 肉腫に至った. その後骨転移を認め, 経験豊富な病院での加療が最良であると考え, 転院後化学療法を開始した. 一時的に寛解するも肝臓に再発を認めた. 腎原発 Ewing 肉腫は腎腫瘍の1%以下と非常に稀な疾患であるが, 平均余命は2年と非常に悪性度の高い腫瘍であるため, 若年で症状を伴う画像的に非典型的な腎腫瘍には, 肉腫を鑑別に入れた迅速なマネジメントが必要となる.

後腹膜鏡下リンパ節生検および腎針生検を施行した1例: 福永博之, 河村 駿, 角井健太, 奥野優人, 田口 功, 川端 岳 (関西労災) 76歳, 男性. 両手両膝関節痛・両下腿浮腫で近医受診され, 近医の採血検査で炎症反応高値・腎機能低下を認めたため原因精査目的に当院腎臓内科へ紹介された. 初診時 CT 検査で腹腔内に多発リンパ節腫大を認め, 左腎盂拡張を伴っていた. 当科へリンパ節生検・腎生検を依頼され, 後腹膜鏡下リンパ節生検および腎針生検を施行した. リンパ節の病理結果はキャスルマン病を疑い, 腎生検の病理結果は腎硬化症であった. 諸検査の結果と併せて総合的に診断するとキャスルマン病と診断し得た. ステロイド投与を開始して, 現在はキャスルマン病に伴う諸症状は改善し, 現在はステロイドを漸減できていっている.

BCG 膀胱内注入療法後に生じた無症候性腎肉芽腫症の2症例: 田代 結, 小池修平, 池内亮介, 宗田 武, 岡田卓也 (北野) 72歳,

男性と73歳、女性。表在性膀胱癌に対するBCG膀胱内注入療法後、左腎に多発腫瘍が発生し、経皮的生検で結核性肉芽腫と診断した。1例はT-SPOT陽性で、根治的膀胱全摘術による侵襲が懸念され、抗結核治療を導入した。1例はT-SPOT陰性で免疫力低下のリスクもなく、経過観察を行った。2例とも腫瘍は縮小した。いずれもTURBTで尿管口を切除していた。BCG膀胱内注入療法後の腎結核性病変は0.1~0.2%の頻度、VURの関与があると報告されている。TURBTで尿管口切除を行った場合、BCGの上部尿路感染に留意し、感染が疑われた場合には患者リスクを評価して治療方針を決定することが必要と考えられた。

ニボルマブ+イビリムマブ併用療法中に重篤な副作用を経験した転移性淡明細胞型腎細胞癌の1例：國重玲紋，畑中祐二，今西正昭（済生会富田） 75歳、女性。2018年9月転移性腎細胞癌cT3aN0M1に対して根治的右腎摘除術施行。病理結果は淡明細胞型腎細胞癌pT3aN0M1 Fuhman Grade 2であった。2018年11月ニボルマブ+イビリムマブ併用療法開始。2コース終了後に倦怠感、食事摂取困難を主訴に受診。同日入院となった。甲状腺ホルモン値の低下やACTH・コルチゾール値の低下を認め、甲状腺機能低下症と下垂体機能低下症に伴う副腎機能低下症と診断した。横紋筋融解症も合併しており、複数の副作用が出現していた。一時は著明な低ナトリウム血症を認めたが、副腎皮質ステロイドホルモン補充療法や電解質補正を施行し全身状態改善、入院40日目に自宅退院となった。現在10カ月無治療経過観察中であるがPRを維持している。

腎平滑筋肉腫の1例：中村真俊，草場拓人，森友莉，奥末理知，出口真央，小崎成昭，和田晃典，富田圭司，村井亮介，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） 60歳、女性。右上腹部違和感を自覚。近医でのエコー検査で右腎腫瘍を指摘され当科紹介。血清クレアチニン上昇あり。造影CTで右腎に淡い造影効果のある分葉状腫瘍を認め、腎細胞癌を疑い開腹腎摘除術を施行。腫瘍は12cm大、病理診断は腎平滑筋肉腫であった。腎平滑筋肉腫は巨大腫瘍として発見され、発生母地不明なものが多い。画像上腎細胞癌との鑑別は困難であり、治療は外科的切除が一般的である。病理学的には鈍端核、好酸性の細胞質などをもつことが特徴とされ、軟部腫瘍診療ガイドラインで細胞異型度、壊死の割合、核分裂数が悪性度の指標とされている。本症例の病理組織所見では中等度の悪性度であるが、一般的に予後不良な疾患であり、嚴重な経過観察が必要である。

転移性腎癌に対しイビリムマブ+ニボルマブ併用療法後、急性腎不全、血球貪食症候群を来した1例：大西伸和，迫智之，大橋宗洋，牛嶋壯，宮下浩明（近江八幡市立総合医療セ） 65歳、男性。右腎細胞癌（cT1bN0M1）に対して腹腔鏡下右腎摘除術施行し、Clear cell RCC, pT1b, Fuhman Grade 3の診断。IMDC分類intermediateであり、左坐骨転移に対し1st lineとしてイビリムマブ+ニボルマブ併用療法4コース施行も転移増大、新規肺転移出現しPDと判断。2nd lineとしてパゾパニブ導入も2週間後に発熱、著明な炎症反応増強、血球減少、凝固異常および腎障害が出現。感染源不明の重症細菌感染症による敗血症性ショック、DIC、急性腎不全として入院加療を開始したが、さらに重症化。著明な高フェリチン血症ならびに骨髄穿刺での血球貪食像から血球貪食症候群と診断。また腎障害に関して免疫チェックポイント阻害剤による免疫関連腎炎としてステロイドパルス療法や血液浄化療法など集学的治療を施行し軽快退院となった。

血管筋脂肪腫の破裂が疑われた類上皮血管筋脂肪腫の1例：松田博人，浅井利大，山本与敷，西原千香子，羽阪友宏，北本興市郎，青山真人，石井啓一，金卓，坂本亘，上川禎則（大阪市立総合医療セ） 73歳、男性。腹痛自覚し近医受診。腎腫瘍破裂疑いにて当院救命救急センターに搬送。同日TAE施行したが貧血の進行があり、腫瘍内出血を認めたため、開腹下腎腫瘍摘出術施行。病理結果はHMB-45(+), Melan-A(+), 平滑筋マーカーSMA(+)であり類上皮血管筋脂肪腫(EAML)であった。EAMLは上皮様腫瘍細胞が大部分を占める血管筋脂肪腫の稀な亜型であり血管周囲類上皮細胞(PEC)に由来するPEComa familyの1群と定義されている。1/3の症例で遠隔転移を認め悪性の経過を辿る。転移・再発症例の中には外科的切除あるいはmTOR阻害薬、またそれら併用による集学的治療が有効で

あった報告あり。しかし現在転移・再発症例の治療法は確立されておらず、今後さらなる症例の蓄積と検討が必要と考えられる。

免疫チェックポイント阻害剤からパゾパニブへの薬剤変更後早期に血小板低下、肝機能障害を来した1例：高橋智輝，藤本西蔵，浜口守，橋本士，菊池堯，安富正悟，大關孝之，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） 60歳、男性。腎細胞癌腎部分切除(pTa, non clear cell RCC)施行歴あり。多発骨、リンパ節転移を来し、ニボルマブ+イビリムマブ併用療法を受けた。しかしPDであり、逐次療法としてパゾパニブが使用されたが、早期に発熱、肝機能障害、血小板減少を発症。同時に腫瘍の縮小が認められた。薬剤性障害と診断され、パゾパニブを休薬し、約2カ月後に再度パゾパニブを半量から再開したが、この際は副作用を認めず経過。免疫チェックポイント阻害剤使用直後のTKI投与が重篤な副作用出現と関連したと考えられた。これら薬剤の相互作用について若干の文献的考察を加え報告する。

閉鎖式持続灌流シースを用いたTUL併用PNLの1例：今井聡士，中山慎太郎，田寛之，佐野貴紀，松本穰，村蒔基次，山田裕二（尼崎総合医療セ） 66歳、男性。左サンゴ状結石を指摘され受診。機能的単腎であった。結石体積は108cc。閉鎖式持続灌流シース(Clear Petra)を使用しECIRSを施行し完全砕石を得た。Hb、腎機能低下を含め術後合併症は認めなかった。今回使用したシースは本邦では2019年7月に発売となった。これは閉鎖空間で持続灌流することにより、良好な視野が得られること。また持続の陰圧をかけ抽石するため、バスケット鉗子による抽石を必要としないことで手術時間の短縮が期待されるものである。本症例のように結石体積の大きな症例に対し、よりメリットが得られ有効なデバイスであると考えられた。

診断に難渋した下大静脈浸潤を伴う副腎腫瘍の1例：佐藤五郎，大杉治之，齊藤亮一，川西誠，清田翔，中尾一慶，増尾有紀，神尾絵里，松崎和炯，吉田崇，滝沢奈恵，谷口久哲，矢西正明，渡辺仁人，杉素彦，木下秀文，松田公志（関西医大），大江千里（同病理診断科） 62歳、男性。生来健康。下大静脈への浸潤を伴う右副腎腫瘍認め、精査加療目的に当科紹介受診。発熱を認め炎症反応高値であるも、血液培養陰性、PCT陰性であり細菌感染症を示唆する所見は乏しかった。悪性腫瘍が疑われ、CTガイド下生検を施行したが、診断がつかなかった。生検後、急速に肺野の浸潤影が悪化。診断を確定させるために再生検を検討した。PET-CTを施行し、最も集積の強い部位でCTガイド下生検施行した。炎症細胞の波及に加え、グラム染色にて陽性桿菌を認め培養検査の結果ノカルジアが同定された。ST合剤とMINOの投与を開始し、速やかに改善した。

根治切除しえた下大静脈腫瘍栓・肝転移を伴う進行性後腹膜平滑筋肉腫の1例：久次米雄馬，河嶋厚成，河田信彦，阿部豊文，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） 74歳、女性。201X年夏ごろから間欠的に右側腹部痛を自覚していたが放置。翌年1月に腹部単純CTで右上腹部腫瘍と下大静脈の拡張を認め、当科紹介となった。腹部造影CTでは、右上腹部に15×12cmの不均一な造影効果を示す腫瘍を認め、栄養血管は副腎動脈であった。下大静脈腫瘍栓と肝腫瘍も認め、副腎癌cT4N0M1 stage IVと診断した。約1カ月で病勢進行に伴う全身状態の増悪を認めた。腫瘍栓によりうっ血肝を呈しており、二次性Budd-Chiari症候群と診断した。転移巣合併切除を施行したところ、摘出標本は1,100gで分葉状構造を呈していた。腫瘍と副腎に連続性は認めず、病理結果は平滑筋肉腫であった。術後6カ月時点で再発なく生存中である。

両側副腎腺腫によるCushing症候群の1例：小池幸幸，尾多賀祐介，橋祐里，朴聖一，塔筋央庸，川端大輝，出口龍良，上田祐子，樋口雅俊，井口孝司，若宮崇人，山下真平，吉川和朗，柑本康夫，原勲（和歌山医大），小池将隆，割栢健史，村田晋一（同病理診断科），有安宏之，赤水尚史（同代謝内分泌内科） 40歳、女性。両側副腎偶発腫瘍にて紹介。CTにて右副腎に15mm、左副腎に20mm大のそれぞれ単発の腫瘍を認めた。MRI、内分泌学的検査、アドステロールシンチグラム、副腎静脈サンプリングから両側副腎腺腫によるCushing症候群と診断した。一次的に腹腔鏡下右副腎摘除術および左副腎部分切除術を施行した。術後ステロイドを漸減し経過観察中である。両側副腎腺腫によるCushing症候群では、正常副腎に萎縮が

見られるものの、少なくとも片側の副腎を温存することによって、術後ステロイド補充療法を離脱できる可能性があると考えられた。

初期診断が重要であった腎細胞がんの1例：濱田晃佑，加藤 実，吉内皓樹，井口太郎，玉田 聡，仲谷達也（大阪市大） 36歳，女性。他院にて左腎癌多発肝転移と診断され，患者希望で当院での加療を希望され紹介受診。造影CTでは左腎に最大径50mm大の造影効果を伴う腎腫瘍を認め，肝臓にも造影効果を伴う多発腫瘍を認めた。画像所見上，非典型的であり経皮的肝生検を施行。肝生検の結果は悪性所見を認めなかった。腎摘除術および肝生検を施行。病理結果では嫌色素性腎細胞癌 pT1b, G2であった。肝生検では悪性所見を認めなかった。その後の精査で肝腫瘍はFNH-like lesionで良性腫瘍であった。腎癌に関しては追加治療なく経過観察し，再発なく経過している。術前診断が診療において重要であると考えられた。

腹腔内再発を認めた類上皮型腎血管筋脂肪腫の1例：藤原真希，星山英泰，高橋雄大，高島 靖，上田政克，川西博晃，奥村和弘（天理よろづ） 43歳，男性。結節性硬化症の既往と家族歴はなし。2013年に7cmの右腎血管筋脂肪腫の破裂で当院を受診し，動脈塞栓術を施行。2016年に11cmまで増大し，開腹右腎摘除術を施行。類上皮型腎血管筋脂肪腫と診断した。2019年にCTで横行結腸右側近傍に腫瘍を認め，開腹腫瘍摘除術を施行。類上皮型腎血管筋脂肪腫の再発と診断した。腹腔内腫瘍の発生機序としては開腹右腎摘除術時に播種し再発した可能性が高いと考える。術後3カ月の段階のフォローでは再発を認めていない。類上皮型腎血管筋脂肪腫は悪性の経過をたどる可能性があり，早期に再発・転移が多発し，切除不能であると予後不良な経過をたどる症例報告が散見される。また，晩期の再発・転移例も報告されており，腎癌に準じた厳密かつ長期間のフォローアップが望ましい。

嚢胞穿刺により腹膜鏡下腎摘を施行しえた巨大嚢胞性腎癌の1例：岩本明幸，上野彰久，太田雄基，中村雄一，齋藤友充子，山田恭弘，鈴木 啓，藤原敦子，内藤泰行，本郷文弥，浮村 理（京府医大） 72歳，男性。左腎嚢胞で近医受診し，経皮的腎嚢胞穿刺を2回施行した。無症状で6年間経過したが，左側腹部痛で当科受診した。腎臓超音波検査，腹部造影CT，腹部造影MRIを含めた検査で嚢胞性腎癌疑いであり，根治的腹腔鏡下左腎摘除術を行った。なお腎摘除術に先立ち嚢胞穿刺を施行したが，その際に嚢胞内容物の漏出を防ぐために穿刺部にフィブリン糊およびネオパールを貼付したうえで穿刺を行った。病理組織は淡明細胞型腎細胞癌であり，術後2年間の経過フォローで再発は認めていない。

全身療法後に転移巣摘除を施行し，長期無再発が得られている，腎癌副腎転移の1例：坂田宏行，福田輝雄，原田健一，古川順也，重村克巳，石村武志，日向信之，中野雄造，藤澤正人（神戸大） 63歳，男性。200X年12月に人間ドックで右腎腫瘍を指摘され，当院紹介受診。特記すべき既往歴はなし。CTで転移所見認めず，右腎癌cT1bN0M0と診断。腹腔鏡下根治的右腎摘除術を施行。病理組織所見は淡明細胞型腎細胞癌であった。術後1年9カ月後に左副腎に結節を認めた。術後2年10カ月後に増大を認め，左副腎転移と診断。その後分子標的薬（1st line アキシチニブ，2nd line テムシロリムス）による1年8カ月の全身療法の後根治目的に腹腔鏡下左副腎摘除を施行。病理学的所見は淡明細胞型腎細胞癌の転移であった。以後7年間無治療にて無再発を得られている。

ニボルマブによる薬剤性胸水に対して高用量ステロイド治療を施行した1例：西村伸隆，穴井 智，小田侑希，吉田貴法，植松稔貴，市川和樹，中井 靖，三宅牧人，井上剛志，鳥本一匡，青木勝也，田中宣道，米田龍生，藤本清秀（奈良医大） 60歳，男性。X-6年12月，左腎腫瘍および多発肺腫瘍精査目的で当科受診。X-5年1月左腎摘除術施行（淡明細胞型腎細胞癌）。1次治療エペロリムス（6カ月），2次治療アキシチニブ（59カ月）。X年4月，3次治療でニボルマブ開始。初回投与14日後，著明な左胸水を認め，薬剤性胸水と考え，高用量ステロイド治療（1mg/kg）を開始。胸水改善するも，0.08mg/kgまで減量した時点で再貯留した。そこで，胸水穿刺施行。細胞診，培養検査，腫瘍マーカーはそれぞれ陰性であり，薬剤性胸水と診断した。ステロイド再増量し，以後，胸水の増悪は認めない。胸水の鑑別，および治療方針を決定する上で，胸水穿刺は重要と考えられた。

組織学的に二相性を示すも，FISH法により診断に至った高分化型後腹膜脂肪肉腫の1例：辻村 剛，吉村明洋，山道 岳，中田 渡，辻本裕一，任 幹夫，辻畑正雄（大阪労災），三輪秀明（同病理診断科），辻村 亨（兵庫医大），石黒晶子，鍋島一樹（福岡大） 44歳，女性。下腹部痛を主訴に受診。CT，MRIで右後腹膜腔に20cm大の腫瘍を認め，右腎と接していた。開腹腫瘍摘除術施行し，右腎も合併摘除した。病理結果は，高分化型脂肪肉腫成分と粘液型脂肪肉腫成分が混在していた。しかし両成分ともに高分化型脂肪肉腫に特異的なMDM2，CDK4免疫染色で陽性であり，さらにFISH法にて，MDM2遺伝子の増幅を認め，高分化型脂肪肉腫と診断した。脂肪肉腫の診断において免疫染色は有用であるが，免疫染色のみでは少なからず偽陽性症例が存在する。自験例のように組織学的に二相性を示し組織型の鑑別が困難な脂肪肉腫の診断において，FISH法にてMDM2遺伝子の増幅を確認することは有用と考えられた。

骨盤腎所屬異所開口尿管に伴う低形成膀胱の1例 膀胱尿管側々吻合による二次的手術の適応の再考：大嶋浩一，兼松明弘，西崎広典，貝塚洋平，嶋谷公宏，花咲 毅，新開裕佳子，長澤誠司，山田祐介，橋本貴彦，相原衣江，呉 秀賢，野島道生，山本新吾（兵庫医大） 括約筋より遠位に開口する両側異所開口尿管に伴う低形成膀胱の容量拡大を目的として，膀胱尿管新吻合に先行して，膀胱尿管側々吻合を行う術式が報告されている。今回われわれは，VATER連合に合併した機能性単腎である骨盤腎異所開口尿管に対して，Staged operationを施行した。左腎は低形成，右尿管は膈へ開口しており，膀胱は低形成であった。1歳7カ月時に右尿管と膀胱の側々吻合を施行した。術後18カ月で，膀胱容量は9mlから30mlへ増大したが，10回のbreakthrough UTI (bUTI)を認めた。2期目にLich-Gregoir変法による手術を施行したが，粘膜下トンネルの作成が困難であった。術後1年間で3回のbUTIを認め，最終的にPaquin変法による再手術を施行した。4歳8カ月時点で膀胱容量は160mlまで増大しており，2cmの粘膜下トンネルを作成することが可能であった。術後は18カ月で1度のbUTIを認めるのみで経過し，膀胱尿管逆流も改善した。本症例において，膀胱容量拡大までの期間の遷延と感染の頻発が問題となった。

尿管管放線菌症の1例：藤原裕士，坂野 遼，樋上健介，山田祐也，中嶋正和，玉置雅弘，伊藤哲之（日赤和歌山医療セ） 50歳台，女性。抜歯後口腔内感染症の既往あり。1カ月間持続する腹痛・発熱を主訴に当科受診。画像検査で尿管管癌（Sheldon分類IVA）を疑い，エコーガイド下経皮的針生検を施行した。迅速病理検査では炎症性変化を認めるのみで腫瘍細胞を検出しえなかったため，引き続きTURを施行した。膀胱筋層のさらに深部から壊死組織が出現したため，周囲組織を十分採取し終了した。病理組織診断で放線菌の菌塊（sulfur granules）を認めたため尿管管放線菌症の診断に至った。ペニシリン系抗菌薬を約6カ月間投与し腫瘍は縮小。治療終了後も再発せず経過している。尿管管放線菌症は非常に稀な感染症である。診断が困難であり悪性腫瘍と誤診し膀胱全摘術などの過大侵襲を加えてしまう症例が多い。診断には腫瘍深部からの生検が有用である可能性がある。

遠隔転移のない去勢抵抗性前立腺癌に対して骨盤内腫瘍摘出が有効であった1例：荒木博賢，五十嵐篤，内田裕大，宮崎 有，三品陸輝，奥野 博（京都医療セ） 70歳台，男性。11年前に前立腺癌に対し開腹前立腺全摘を行い，pT3bN0M0，断端陽性であった。術後PSA 0.2未満とならず。術後6カ月から66Gyの救済放射線治療を行ったがPSAは持続上昇。術後19カ月でホルモン療法を開始し，PSA値は低下した。ホルモン療法開始から8年8カ月でPSA再発し，去勢抵抗性前立腺癌と診断。エンザルタミドを開始したが，PSA値の改善を認めず。CT検査で左骨盤内，恥骨直下に13mm大の結節性病変があり，その他に転移性病変は認めず。骨盤内腫瘍を腹部小切開手術で摘出した。摘出標本は免疫染色でPSA陽性であった。術後PSA値は低下し，現在まで0.1未満を維持している。

デノスマブ投与中に生じた大腿骨非定型骨折の1例：高橋俊文，伊藤克博，寒野 徹，岡田 崇，東 義人，山田 仁（武田総合） 69歳，男性。PSA 13.08ng/ml，Gleason score 8 (4+4)，恥骨と坐骨への骨転移を伴う前立腺癌（cT3aN0M1）と診断され，2014年4月よりアンドロゲン遮断療法，デノスマブを開始した。48カ月後に左膝関節

痛が出現し MRI を撮影したが、左膝関節に明らかな所見は認めなかった。しかしその後両側大腿部に痛みがあり、当院整形外科を受診した。骨盤部X線では両側大腿外側の骨皮質の肥厚、大腿部 CT では両側大腿外側の骨皮質に淡い骨折線を認めた。大腿骨非定型骨折と診断し、デノスマブを中止した。デノスマブ投与後に大腿周囲の疼痛が生じた場合、AFF の可能性を考慮する必要がある。

ドセタキセル療法が奏功した前立腺神経内分泌腫瘍の1例：香東昌宏、香山侑弘、金丸知寛、節盛宏記（八尾徳洲会）、久保勇記（同病理診断科）、日高輝之（同放射線科）、洪鉉 寿（同腫瘍内科） 63歳、男性。1カ月前から臀部痛、間欠性跛行、足底部感覚神経麻痺が持続しているため当院整形外科を受診された。MRI・CTにて前立腺癌、多発骨転移が疑われ当科紹介受診となった。PSA 161 ng/ml、前立腺生検にて Adenocarcinoma (Gleason Score 4+5) の診断。臨床病期は T4N1M1。CAB 療法開始7カ月に PD となり、アグレッシブな CRPC としてドセタキセル療法を開始した。PSA は低下したが、骨シンチで集積の増強を認めた。Pro-GRP が 158 pg/ml と上昇を認めたため、前立腺の再生検と骨腫瘍の CT ガイド下生検をしたところ Adenocarcinoma with neuroendocrine differentiation の診断。診断ついた頃は腫瘍マーカーが改善傾向であったためドセタキセル療法を継続したところ18カ月経過も SD を維持している。

再発巣摘除で治癒しえた前立腺癌放射線治療後の異所性精囊転移の1例：高森 一、井上貴博、萩本裕樹、杉山恭平、宗宮伸弥、住吉崇幸、嘉島相輝、吉野喬之、後藤崇之、澤田篤郎、赤松秀輔、小林恭、山崎俊成、小川 修（京都大）、高山賢二（同放射線治療科）、住吉真治（同病理診断科）、都築豊徳（愛知医大）、神波大己（熊本大） 60歳、男性。肉眼的血尿を主訴に受診。前立腺癌 cT3bN0M0 と診断し、6カ月間の内分泌治療後に、放射線治療を施行した。7年後に CT、骨シンチで左閉鎖領域に局限した再発所見を認めた。内分泌治療後に転移巣に放射線治療を行う方針とした。デガレリクスを投与したところ PSA が急激に上昇し、単純 CT でも転移巣の増大を認めたため、腹腔鏡下に転移巣を切除した。転移巣は嚢胞性の組織で、前立腺癌細胞が精囊または精管壁様の上皮細胞に被包されている所見であった。術後3年無治療にて再発なく経過している。

精索に生じた巨大脂肪肉腫に対して集学的治療を行った1例：徳永雄希、上原博史、小村和正、伊夫貴直和、平野 一、稲元輝正、能見勇人、東 治人（大阪医大） 59歳、男性。左鼠径部腫大・疼痛を主訴に前医受診。画像検査で左精索腫瘍、全身多発転移を認め当科紹介となった。診断、治療目的に左精索腫瘍摘除術を施行した。腫瘍は内腹斜筋、外腸骨動脈などの周囲臓器に浸潤しており、腫瘍、精索、左精索まで一塊に可及的に切除を行ったが癒着は強固であり完全切除には至らなかった。病理組織検査を施行、免疫染色では MDM2 陽性であり脱分化型脂肪肉腫と診断。術後、急性肺血栓塞栓症、中枢側深部静脈血栓症を来した抗凝固薬を開始。その後フォロー目的に CT 検査施行したところ、局所再発と肺転移を認めた。エリブリンを2クール投与したが腫瘍は増大、腹膜播種を来し PD の判定となり永眠となった。

化学療法後早期に局所増大を示した縦隔原発セミノーマの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）、河合弘二（筑波大） 19歳、男性。胸部異常影の精査目的に当科受診。CTにて前縦隔に57mmの腫瘍性病変を認め、経皮的針生検を施行。病理組織所見はセミノーマであった。hCG は 15 IU/ml と軽度上昇、AFP は正常であった。精巣に異常所見なく、縦隔原発セミノーマ (IGCCC 分類予後良好群) と診断し、BEP 療法3サイクル施行。治療後、腫瘍は32mmに縮小し PET も陰性であった。治療後4カ月、残存腫瘍の増大を認めたが hCG は陰性のままであった。セミノーマの再発のほか、奇形腫の可能性を考慮し組織学的評価が望ましいと判断し、開胸縦隔腫瘍摘出術を施行。病理組織所見は成熟奇形腫のみで残存癌を認めなかった。術後6カ月、再発なく経過している。

BEP 療法で Syndrome of inappropriate secretion of antidiuretic hormone (SIADH) を来した精囊癌の1例：前田航規、長船 崇、益田良賢、中川翔太（宇治徳洲会）、河内明宏（滋賀医大） 40歳、男性。精囊癌 (Seminoma, pT1) 術後リンパ節再発に対して BEP 療

法施行。Day 4 から嘔気を認め、day 9 に嘔吐、見当識障害を認めた。Na 110 mEq/l、血清浸透圧の低下、尿中 Na および尿中浸透圧の上昇を認め、腎機能低下および副腎不全は認めずシスプラチンによる薬剤性の Syndrome of inappropriate secretion of antidiuretic hormone (SIADH) と判断した。3%生理食塩水投与、NaCl 経口摂取で症状・低 Na 血症は改善した。レジメン変更せず2コース目からは水分制限および食塩摂取により電解質管理を行い、Na >130 mEq/l にコントロールでき、BEP 療法を3コース行った。CT で完全奏功を確認し、以降再発なく経過している。SIADH は重篤だが、レジメン変更せずに電解質管理を行いながらシスプラチン投与を継続することは、抗腫瘍効果を追求するための治療選択肢の1つである。

発熱と陰嚢痛で発症した結節性多発動脈炎の1例：村嶋隆哉、羽間悠祐、増田憲彦、吉川武志、清川岳彦（京都市立）、檜垣 聡（同総合内科） 59歳、男性。発熱、倦怠感で近医 CLDM、LVFX 投与も発熱持続。胸腹部造影 CT 異常所見なし。ABPC/SBT 7日間投与も改善なく CFPM 3日間投与。発熱持続し当院内科転院。理学所見：発熱、倦怠感。精巣痛なし。血液検査：WBC 17,300、CRP 18.42。CT：多発脾梗塞、脾膿瘍あり ABPC/SBT 12g 開始も熱型改善なし。再度全身診察し陰嚢痛あり。熱源もしくは結節性多発動脈炎 (PN) の可能性あり精巣摘除目的当科紹介。左精巣摘除術施行。病理組織で中小動脈周囲にリンパ球、好中球浸潤あり PN と診断、PSL 開始。炎症反応軽快し退院となった。発熱と陰嚢痛を主訴とした PN は比較的稀であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

膀胱癌合併のない上部尿路上皮内癌の1例：野井 拓、吉永光宏、高田 剛、古賀 実、菅尾英木（箕面市立） 73歳、男性。前立腺癌フォロー中に無症候性肉眼的血尿が出現。膀胱鏡・造影 CT 検査で異常所見を認めず、尿細胞診は class V。2017年2月に TU-biopsy + 両側 RP を施行し、膀胱に悪性所見なく、左腎盂尿細胞診が class V であった。左上部尿路上皮内癌と診断した。尿管ステント留置+ピラルピシン膀胱注あるいは BCG 膀胱注を施行したが、一時的に尿細胞診陰性化するものの再度 class IV となった。2018年11月に TU-biopsy + 左尿管鏡検査を施行し、左腎盂尿細胞診が class V であったため、2019年1月に後腹膜鏡下左腎尿管全摘を施行した。病理組織結果は左腎盂における上皮内癌であった。術後は無治療経過観察しており、現在まで再発なく経過している。

腎盂癌に対しペムブロリズマブ投与中に発症した Collagenous colitis の1例：木内利郎、若西利親、武田 健、高山仁志（堺市立総合医療セ） 72歳、男性。胃潰瘍に対し、ランソプラゾールを投与されていた。右腎盂癌副腎・肝転移に対しペムブロリズマブ2サイクル施行後に Grade 2 の下痢を認め、休薬したが改善せず下部内視鏡検査を施行。上行結腸に浮腫状変化を認め、組織生検を施行したところ、マッソン・トリクローム染色にて膠原線維帯の肥厚を認め、病理組織診断は collagenous colitis であった。ランソプラゾールを中止し、ポノプラザンフマル酸塩に変更したところ、約1週間にて軽快した。その後ペムブロリズマブを再開しえた。

ペムブロリズマブ投与後に皮膚筋炎を発症した腎盂癌の1例：前阪郁賢、中濱智則、山田 篤、松本吉弘（星ヶ丘医療セ）、中村孝人（同呼吸器内科） 61歳、男性。両側腹部違和感を主訴に近医を受診。CT で左腎盂腫瘍、多発リンパ節腫大を指摘され当科紹介受診。後腹膜鏡下リンパ節生検を施行。腎盂癌 cT3N3M0 と診断。GC 療法を施行するも多発肺転移が出現。二次治療としてペムブロリズマブを開始。リンパ節生検時に顔面、四肢に紅斑が出現していたが消失し経過観察としていた。ペムブロリズマブ投与22日目に同様の紅斑が再燃。筋肉痛、筋力低下、嚥下障害が出現。血液検査で CK 高値、抗 TIF- γ 抗体陽性。腫瘍随伴性皮膚筋炎のペムブロリズマブによる増悪と考え、ペムブロリズマブの投与は中止、ステロイドパルスを施行するも症状改善乏しく皮膚筋炎の増悪による二次性の呼吸不全により投与59日目に死亡。

腎自然破裂にて発症した浸潤性腎盂癌の1例：中山慎太郎、田 寛之、佐野貴紀、今井聡士、松本 稔、村蒔基次、山田裕二（尼崎総合医療セ） 54歳、男性。既往なし。突然の右腰部痛を主訴に救急搬送された。造影 CT 検査で腫瘍による右腎出血および、全身のリンパ節転移を認めた。MRI および逆行性尿路造影を追加し、腎細胞癌と

考えた。治療目的に開腹右腎摘除術および傍大動脈リンパ節郭清を施行。病理組織学検査の結果、転移性右腎盂癌と診断した。術後化学療法を施行したが、奏功せず、BSCの方針となった。腎自然破裂の原因は悪性腫瘍が33.3%を占めており、腎細胞癌が16.7%、腎盂癌が5.1%と報告されている。腎細胞癌の場合は腫瘍塞栓による静脈鬱滞、急激な腫瘍増大に伴う血管の断裂、直接被膜浸潤や血管浸潤が挙げられる。腎盂癌の場合には、尿路閉塞による腎盂内圧上昇とそれに伴う腎実質破裂が原因である。腎実質は菲薄化していることが多い。本症例では摘出腎を観察したところ実質の菲薄化がなく、実質の破裂も認めなかった。実質浸潤した腫瘍から直接出血した、非典型的な出血様式であったと考える。

尿管子宮内膜症の1例：三田淑恵，前田光毅，安藤 慎，岡本雅之，井上隆朗（兵庫県立がんセンター）46歳，女性。2019年1月に腹部CTにて右尿管腫瘍を指摘され、精査加療目的に当科紹介となった。造影CTでは右尿管・外腸骨動脈交差部に狭窄があり尿管腫瘍が疑われた。また、右水腎・水尿管、右腎実質の菲薄化を認めた。逆行性尿路造影ならびに尿管尿細胞診を施行したが診断がつかず、尿管鏡下生検を施行した。尿管内に明らか腫瘍性病変やCISを疑う所見は認めなかった。尿管鏡下生検でも確定診断は得られず、右無機能腎かつ悪性の可能性も否定できないため、後腹膜鏡下右腎尿管全摘除術を施行した。病理結果からは、尿管漿膜内部に内臓と間質細胞からなる子宮内臓組織が確認され、尿管子宮内膜症の所見であった。尿管子宮内膜症は、異所性子宮内膜症全体の0.1~0.4%と稀な疾患である。ただ、臨床症状に乏しく確定診断が困難であることが多い。本症例は、原因不明の下部尿管狭窄に対して外科的切除を行い病理学的に尿管子宮内膜症を診断した。

LH-RH agonist に因る医原性仮性動脈瘤に対する超音波ガイド下トロンピン注入療法 (UGTI) の経験：武市佳純，松山直幹，宮崎 彰，田中一志（北播磨総合医療センター），山田慎一郎（同循環器内科），宮本直和（同放射線診断科）77歳，男性。既往歴はstage IVの浸潤性膀胱癌。T2aN0M0の前立腺癌で、2019年2月7日ゴゼレリン酢酸塩デポを皮下注され、帰宅後に高度な疼痛を伴った巨大な皮下血腫が急激に出現し、当科受診された。造影CTにて仮性動脈瘤と診断され、超音波ガイド下にトロンピンを注入して治療した。超音波ガイド下トロンピン注入療法 (UGTI) は種々の疾患で行われて居り、手技が比較的容易かつ非侵襲的で、簡便性および治療有効性の点から有用な治療法と考えられた。

尿路上皮癌に対するペムブロリズマブ投与中に頸部限局筋炎を発生した1例：高橋昂佑，植木秀登，安福富彦，結縁敬治，山下真寿男（神鋼），向原沙紀，高橋宗史，熊谷俊一（同膠原病リウマチ科）76歳，女性。尿路上皮癌の根治手術後の再発に対して3rd line ペムブロリズマブを導入。3コース目投与頃から血清CK値の上昇と倦怠感が出現し、その後に頸部周囲の筋痛と首下がりを認めたため、免疫関連有害事象の筋炎を疑い膠原病リウマチ科・神経内科に相談した。精査の結果、僧帽筋の針筋電図検査で筋原性変化を、頸部MRIでは炎症性変化を、また抗Titin抗体（抗横紋筋抗体）が陽性であることからペムブロリズマブ投与で誘発された頸部限局筋炎と診断した。ステロイド投与による治療を開始後、症状と血清CK値は軽快した。免疫関連有害事象における重症筋無力症非合併の筋炎で抗横紋筋抗体陽性はきわめて稀である。免疫チェックポイント阻害剤治療中の筋力低下では筋炎の可能性を念頭におく必要がある。

前立腺全摘出術後再発した透析患者に対する局所放射線療法の1例：桑原 賢，玉井健太郎，林 泰司，西岡 伯（和泉市立総合医療センター）69歳，男性。慢性腎不全で25年間透析をしている。透析をされている近医からPSA高値（30.16 ng/ml）で紹介があった。経陰腔の前立腺針生検術を施行し、iPSA 30.16 ng/ml、GS 4+5、cT2cN0M0の診断となった。透析患者で無尿であるため患者への十分なICの上、膀胱・前立腺全摘出術を行った。術後3カ月でPSA nadir 0.061 ng/mlとなったが、その後PSAは徐々に上昇を認め、術後2年半でPSA 1.265 ng/mlとPSA再発となった。転移は認められず、膀胱全摘出後のため照射野設定に術前MRIを用いて、tomotherapyによる救済放射線療法を開始した。小腸への照射による副作用を懸念し、58 Gy照射で治療を開始した。救済放射線療法開始4カ月経過した現在、明らかな副作用なく経過している。

術後リンパ漏れに対しミノマイシン癒着術が有用であった1例：西本光寿，松村直紀，杉本公一，上島成也（大阪南医療センター）75歳，女性。肉眼的血尿と下腹部違和感で初診。CT上、左腎癌（cT3aN0M0）による腎門内出血、膀胱内血腫の診断であった。MSKCC分類でintermediate (risk 2)、手術加療目的に開腹下左腎摘除術を施行した。手術時間は2時間20分、出血量は1,119 ml、RCC-LR 4単位、FFP 4単位の輸血を要した。腫瘍断面は黄褐色調であった。病理結果は淡明細胞癌、pT3aであった。術後第10病日に退院したが、第16病日に腹水貯留で再入院。腹水穿刺で乳び液回収し、リンパ漏疑われた。リンパ管造影で、腎門部リンパ節からのリンパ漏れを認めた。絶食、完全静脈栄養管理の上、オクトレオチド療法、ミノマイシン癒着術2回施行後、軽快し術後第65病日に退院可能となった。術後第166日のCT所見では、病的な胸・腹水共に軽快、消失した。

TURBT で判断できなかった尿管癌の1例：永井康晴，西野安紀，花井 禎（第二大阪警察）41歳，男性。肉眼的血尿出現。膀胱鏡で膀胱頂部に粘膜下腫瘍認め紹介。CT・MRIで膀胱頂部の概略に20 mmの腫瘍影を認めた。他の腹部病変は認めなかった。脊椎麻酔下にTURBTを施行。病理結果で悪性所見認めず。悪性所見認めなかったが腫瘍切除を希望されたため全身麻酔下で腹腔鏡下尿管腫瘍切除術を施行。手術時間は1時間40分。出血少量であった。術後経過良好にて術5日後に退院。病理結果はAdenocarcinoma, compatible with Urachal carcinoma IIIA (Sheldon 病期分類)，ly0, v0, HM0, VM0であった。

腎移植後に発症した同・異時性四重重複癌の1例：藤本西蔵，浜口守，高橋智輝，橋本 士，菊池 堯，安富正悟，大關孝之，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），林 泰司，西岡 伯（和泉市立総合医療センター）63歳，男性。47歳時に慢性糸球体腎炎により血液透析を導入した。50歳時に実子をドナーとしたABO血液型不適合生体腎移植術を施行した。61歳時に十二指腸癌とS状結腸癌を指摘され、それぞれ外科的切除が行われた。62歳時にPSA高値および膀胱腫瘍を同時期に認め、経陰腔の前立腺生検術および経尿道的膀胱腫瘍切除術を施行したところ、前立腺癌と膀胱癌の診断となった。前立腺癌については放射線治療を施行し、また短期間での悪性腫瘍の多発を受けCNIを減量しEVRを導入することとした。いずれの悪性腫瘍も再発なく経過し、腎機能も良好に経過している。移植後の悪性腫瘍の発生についてはCNIによる免疫機能の低下が注目されている。近年では腎移植後の生着率の向上により長期生着が見込めるようになってきているが悪性腫瘍によるdeath with functioning graftが問題となっている。移植後の悪性腫瘍スクリーニングや免疫抑制剤の調整が重要である。

完全重複尿管の異所開口による尿失禁に対して経カテーテル動脈塞栓術 (TAE) を施行した1例：隠岐雄太，中澤成晃，阿部豊文，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）22歳，女性。主訴は尿失禁。学童期より尿失禁を自覚、成人後も労作時の尿失禁が続き、精査加療目的に当科紹介となった。腹部造影CT検査で左完全重複尿管を認め、左上半腎は造影効果不良であり水腎症を呈していた。MR urographyを施行したが、左上半腎から続く尿管の開口部は確認できなかった。膀胱鏡検査では正常位置に左右尿管口を1カ所ずつ確認、インジゴカルミンを静脈内投与したところ腔内ガーゼの青染を認めた。以上より、左完全重複尿管、腔への尿管異所開口による尿失禁と診断。異所開口している尿管が所属する上半腎に対してTAEを施行、速やかに尿失禁の改善を認め、6カ月経過した現在、再発や合併症を認めていない。

局所尿路上皮癌に対して化学療法中、腸骨動脈-結腸瘻を来した1例：上野 駿，平林康男，稲垣 武（橋本市民）75歳，男性。左尿管癌cT4N0M0に対してGC療法2コース施行するもPD、ペムブロリズマブに変更、外照射（2 Gy×20回）も追加している。ペムブロリズマブ5コース目day 15、17時自宅にて下血を認めた。24時にも再度下血が生じ、当院救急搬送。CTにて腫瘍内部にairを認め、造影CT動脈相では左腸骨動脈からのextravasationを認めた。緊急IVRを行い、左総腸骨動脈一下行結腸瘻と診断。緊急止血および瘻孔閉鎖目的にステントグラフト内挿術・コイル塞栓術を施行した。発症7日目は横行結腸でのストマ造設術を施行した。発症99日目にストマおよび肛門から下血を認め、瘻孔からの再出血と判断、発症100日目に

死亡した。大動脈腸管瘻は致死的となりえる疾患であり、早急な対応が必要である。

転移性尿路上皮癌に対するペムブロリズマブ療法によって発症した1型糖尿病の1例：小田侑希，三宅牧人，井上剛志，藤本清秀（奈良医大），紙谷史夏（同糖尿病セ） 73歳，女性。特記すべき既往なし。左尿管癌に対して GEM+CCDDP 併用術前化学療法後に腎尿管全摘除術を施行。術後経過観察中，左外腸骨リンパ節に再発転移を認め，GEM+CBDCA 併用療法を6コース施行するも再発進展。ペムブロリズマブ5コース施行した後から，口渇・嘔吐・全身倦怠感を自覚し受診。糖尿病性ケトアシドーシス（血糖1,119 mg/dl, HbA1c 9.8%, 血中Cペプチド0.55 ng/dl, 抗GAD抗体陽性）の状態であり，急性発症1型糖尿病と診断。通常の免疫関連有害事象に対してステロイド療法を行うが，高血糖状態においてはステロイド投与により高血糖を助長する可能性がある。本症例では，速やかに強化インスリン療法を導入し血糖値の安定を図った。インスリン自己注射指導後に退院となり，外来にて経過観察中である。

膀胱内に再発することなく多発リンパ節転移を来した原発性膀胱上皮内癌の1例：樋口雅俊，山下真平，尾多賀祐介，橋 祐里，朴聖一，川端大輝，出口龍良，上田祐子，井口孝司，小池宏幸，若宮崇人，吉川和朗，相本康夫，原 勲（和歌山県立医大） 60歳，男性。2017年10月無症候性肉眼的血尿を認め，精査目的に同年12月当科紹介。膀胱多部位生検で原発性膀胱上皮内癌と診断し，2018年5月からBCG維持療法を開始。6カ月目の膀胱多部位生検ではCISの残存は認めなかったが，2019年4月腰部痛，体重減少が出現。血液検査でIL-2R高値，PET-CTで腸骨動脈領域から腹部大動脈周囲の多発リンパ節腫大，多発肺腫瘍を認め，悪性リンパ腫の疑いで後腹膜鏡下リンパ節生検を施行。病理結果はCarcinomaの転移の診断であり，PET-CTで明らかな原発巣を認めないことから膀胱癌の転移と診断し，Nivolumab+Ipilimumab併用療法を施行。1コース終了時点でPRであり，現在も治療継続中である。

膀胱癌術後多発肺転移との鑑別が困難であった肺クリプトコッカス症の1例：山本哲也，崎崎恭介，片山欽三，鄭 則秀，西村健作（大阪医大） 76歳，女性。既往歴に特記事項なし。2013年に膀胱全摘除術を施行（Adenocarcinoma pTis pN0）。2019年1月，経過観察中の胸部CTにて1cm以下の肺多発結節が出現した。PET-CTで異常集積あり画像検査所見では肺転移が疑われた。しかしながら臨床的には転移性肺腫瘍が確定できなかったため，肺生検を行う方針とした。肺結節は末梢側に位置していたため，経気管支肺生検では検体不十分となる可能性が高いと判断し，胸腔鏡下肺生検を施行した。胸腔鏡では右肺下葉に陥凹を伴う病変が多数確認され，臓側胸膜が白色に色調変化した病変を採取した。病理学的所見ではリンパ球や形質細胞の集積を伴う肉芽腫の形成を認め，肉芽中に類円型の透明なクリプトコッカス菌体を認めたため，肺クリプトコッカス症と診断した。2019年11月現在，内科にて抗真菌薬による加療中である。

GEM, CBDCA 併用化学療法中に消化管穿孔を認めた2例：堀谷弘，隠岐雄太，秋山 舞，上田倫夫，佐藤元孝，中山治郎，三宅 修（市立豊中） 症例①72歳，女性。両側水腎症の精査目的で紹介受診。CTで膀胱壁肥厚と周囲の索状影を認めTURBTを施行。病理所見はUC, pT2 high gradeで膀胱癌cT2~N0M0と診断。GEM, CBDCA併用化学療法を開始。Day14に心窩部痛の訴えあり。CTで消化管穿孔を認め横行結腸切除および人工肛門造設術を施行。硬便による穿孔と考えられた症例②75歳，男性。PSA高値の精査目的で紹介受診。MRIで膀胱後壁，前壁，左側壁から腹直筋に達する腫瘍を認めTURBTを施行。病理所見はUC, pT2 high grade。膀胱癌cT4bN0M0と診断しGEM, CBDCA併用化学療法を開始。Day9で腹痛の訴えあり。CTで穿孔性虫垂炎と診断し虫垂切除術を施行。虫垂漿膜に膀胱癌の播種を認めた。浸潤性膀胱癌に対する化学療法において消化管穿孔の可能性を念頭に置く必要がある。

術前に肺塞栓症を来した右水腎症を伴う膀胱癌の1例：蒲田勇介，村下純輝，尾崎慎司，田原秀一，中ノ内恒如，三神一哉（京都第一赤十字） 93歳，男性。2019年3月，多発膀胱腫瘍および右水腎症に対する精査目的に当科紹介。病期診断目的に撮像したMRIにて左外腸骨静脈から大腿静脈に掛けて血栓を認め，胸腹部CTにて肺塞

栓症を認めた。また右水腎症により下大静脈が大動脈との間で高度に圧排されており，それに伴い末梢の静脈血流がうっ滞し深部静脈血栓症を来したことが示唆される所見であった。圧排部を拡張するように下大静脈フィルターを留置し，ヘパリンによる血栓溶解療法を施行した後にTURBTを施行。右尿管口部に腫瘍を認め，右水腎症の原因と考えられた。術後も抗凝固薬の内服を継続し，手術2カ月後のCTでは右水腎の消失と下大静脈圧排所見の改善，肺血栓および深部静脈血栓の消失が確認しえた。

膀胱粘膜下腫瘍と鑑別を要した恥骨由来の骨軟骨腫の1例：松田旭央，高村俊哉，上田 崇（京都山城総合医療セ），金沢元洪（京都中部総合医療セ） 47歳，女性。既往歴・家族歴に特記事項なし。前医で肝機能障害の精査目的に施行した超音波検査にて膀胱腫瘍を疑う所見を認めたため，当科へ紹介となった。尿細胞診は陰性で，膀胱鏡検査では粘膜面に異常を認めず，粘膜下腫瘍を疑う所見を認めた。MRIにて膀胱前壁に直径12mmで，T2WIで低信号を示す表面平滑な腫瘍陰影を認め，平滑筋腫が疑われた。悪性腫瘍を除外するため，組織診断目的に経尿道的膀胱腫瘍切除術を施行した。病理診断は，膀胱筋層より深部の変性・壊死に陥った軟骨組織であり，膀胱粘膜には異型性を認めなかった。MRI所見と併せ，恥骨由来の骨軟骨腫の診断に至った。経尿道的膀胱腫瘍切除術を契機として発見された恥骨由来の骨軟骨腫の報告は過去になく，若干の考察を加えて報告する。

膀胱全摘除術後に膀胱再発を来した尿道癌の1例：豊田信吾，齋藤彦孝，江左篤信，井口正典（市立貝塚） 63歳，女性。浸潤性尿道癌に対してTC+IC+膀胱前壁切除術を施行。病理診断はUC+SCC, pT2+pTisN0M0, RM(-), stage Bであった。術後35カ月，膀胱壁に辺縁不整，硬結のある腫瘍を触知。膀胱壁腫瘍擦過細胞診がclass IVを認めたため生検を施行しUCを認めた。GC療法を6コース施行したがMRIで膀胱後壁左側の入口部にT2WIで低信号，DWIで高信号の腫瘍を認めた。内診で膀胱壁に10×20mmの腫瘍を触知し明らかな直腸浸潤を認めず，膀胱擦過細胞診はclass IIIa。術後43カ月，膀胱壁腫瘍生検を施行し病理診断で上皮全層性にN/C比の高い異型細胞を認め，尿路上皮癌の膀胱転移と診断した。治療は外照射（50Gy）+腔内照射（18Gy）を施行。治療後2カ月で再度膀胱壁生検を施行し悪性所見を認めず，その後現在まで6カ月再発を認めず。

肉眼的血尿を契機に発見された，若年発症膀胱癌の1例：岩本鴻太郎，鳴川 司，家原昌弘，平野宗治郎，岡本 麻，井上裕太，谷口英史，山田剛司，松原弘樹，白石 匠，本郷文弥，浮村 理（京府医大） 16歳，男性。無症候性肉眼的血尿を主訴に受診。膀胱鏡にて膀胱前壁に乳頭状腫瘍を認めた。CT, MRIにてcT1以下N0M0の診断となり経尿道的膀胱腫瘍切除術施行した。病理診断はNon-invasive papillary urothelial carcinoma (G2, high grade, pTa)であった。BCG膀胱内注入療法の適応であったが，年齢を考慮し追加治療は行わず経過観察中である。現在，再発は認めていない。

ペムブロリズマブが奏功した膀胱小細胞癌の1例：堀田俊介，細井信吾，増田健人（福知山市民） 79歳，男性。腹部CTで膀胱内腫瘍を疑われ当科紹介。膀胱内に乳頭状腫瘍認めTURBTでCISを伴うhigh gradeの尿路上皮癌を認めた。BCG膀胱内注入療法後3年後に壁外浸潤を伴う膀胱内再発を確認。術前GC療法5クール行った後，膀胱全摘を行った。病理結果はsmall cell carcinoma (90%) with invasive urothelial carcinoma (10%), high grade, INFb, pT4a (前立腺，精囊)，ly1, v0, u-rt0 u-lt0, pRM0, pN0: 0/12であった。術後1年で傍直腸リンパ節再発を認め，EP・IP療法を行うもいずれもPD, NSE, proGRPの上昇と便秘，肛門痛も出現した。サードラインの治療としてペムブロリズマブを開始したところ，2カ月後には腫瘍マーカーが正常化し，4カ月後には腫瘍は著明に縮小し，自覚症状も改善。倦怠感を伴うgrade1の甲状腺機能低下に対し補充療法を行った他は特に問題となる有害事象を認めず。開始後16カ月（23コース）に渡り腫瘍はPRを維持している。

TURBT後に発生した尿道狭窄の1例：宮本達貴，溝淵真一郎，豊島優多，富岡厚志，細川幸成，林 美樹（多根総合），尾張拓也，青木勝也，藤本清秀（奈良県立医大） 55歳，男性。検査のエコーで膀胱腫瘍を指摘され当科受診。TURBT施行。術後4カ月より前部尿道に高度な狭窄を認め，プジーにて拡張を行ったが，再狭窄を来したし内

視尿道切開術を施行。1カ月後に再度狭窄を認め、膀胱尿道造影を施行。前部尿道に11.5mmの狭窄を認めた。膀胱瘻造設後、尿道形成術を施行。癒着組織は5cm程であり、端々吻合は不可能と判断。包皮をflapとした尿道tube法を選択。術後は尿道狭窄なく経過中である。尿道狭窄症の罹患率は、0.1~0.9%であり、その中で経尿道的手術後では、1.1~3.2%と報告されている。経尿道的治療には限界があるため、慎重に適応を検討する必要がある。

精巣捻転症で発見された交叉性精巣転位の1例：小田和哉，前田航規，原田吉将（長浜赤十字）40歳，男性。乳幼児期に鼠径ヘルニアに対し手術歴あり。右下腹部痛で近医を受診し，右鼠径ヘルニアを疑われ当院に紹介。右陰嚢内に精巣を触知するも左陰嚢内には触知せず，右鼠径部に有痛性の腫瘍がみられ，左精巣が右側に位置する交叉性精巣転位（transverse testicular ectopia；以下TTE）と診断した。エコーでは左精巣には血流がなく，精巣捻転症の診断で緊急手術を施行。左精巣は180°捻転しており，壊死していたため精巣摘除した。病理診断はセミノーマであった。非触知精巣の2~3%がTTEであり治療は精巣固定術が一般的だが，TTEの7.5%が40歳以上で発見されている。非触知精巣ではTTEの可能性と，未治療のTTEであれば停留精巣と同様に精巣腫瘍の合併を念頭に置く必要があると考えられた。

Proliferative funiculitisの1例：高瀬雄太，八尾昭久，平田淳一郎，小泉文人，中村一郎（神戸市立医療七西市民）69歳，男性。数日間で急速に増大する右鼠径部の腫瘍を主訴に当科受診。腹部触診にて右精索に一致して小指頭大の腫瘍を認めた。可動性は良好で圧痛は認めなかった。腹部造影CTにて右精索に一致して均一な造影効果を示す腫瘍影を認め，MRIでT1WI，T2WIにて明瞭な低信号を示しており肉腫ではなく良性腫瘍が疑われた。右高位精巣摘除術を施行した。病理所見にて紡錘形の腫瘍細胞の密な増生を認めSAM染色でも染まっており平滑筋への分化が示唆された。平滑筋性の腫瘍としては多結節状であり炎症性の疾患が考えられ多核細胞やmitosisを散見することから軟部にみられる結節性筋膜炎に酷似しており精索に存在することよりProliferative funiculitisの診断となった。

尿道アミロイドーシスの1例：齋藤允孝，豊田信吾，江左篤宣，井口正典（市立貝塚）28歳，男性。主訴は排尿障害，家族歴に特記事項なし。既往歴は18歳頃尿道打撲，20歳尖圭コンジローマ（焼灼治療）。合併症に特記事項なし。主訴は排尿障害。UFMにて尿道狭窄パターン，軟性膀胱尿道鏡施行にて外尿道口から振子部尿道に全周性隆起性病変多数認めた。病理学的診断のため腰椎麻酔下尿道腫瘍生検施行。DFSにてアミロイドーシスと診断。骨髄生検にて悪性所見なし，BJP陰性，蛋白分画正常，十二指腸および直腸生検にて異常所見なし。以上より尿道原発限局性ALアミロイドーシスと確定診断した。尿道ブジーにて検査後6カ月経過したが，排尿状態の改善を維持している。今後，高圧排尿による神経因性膀胱予防のため排尿状態を厳重に経過観察する必要がある。

自然破裂した陰嚢水腫の1例：畠中 聡，森本和也，吉村力勇，米田幸生（大阪鉄道）43歳，男性。主訴：陰嚢腫大。2016年から左陰嚢水腫で半年おきに穿刺排液を繰り返していた。穿刺排液は最終2018年10月。その後徐々に腫大して来ていた。2019年4月，座った際に

「パン」という音がした後，陰嚢内容が急増大しはじめ，同日当科受診。陰嚢は超手拳大で弾性硬。陰茎浮腫を認めた。エコーでは陰嚢内水腫を認め，モザイク状の部分も認めた。造影CTでは陰嚢内に造影剤漏出を認めた。出血を疑い，保存的加療困難と考え，緊急止血術を施行。手術施行時はさらに陰嚢腫大増悪し，皮下出血を認めた。陰嚢内は新鮮な血塊が充満，鞘膜に約2cmの亀裂部を認めた。出血点と考え縫合して止血し，余剰鞘膜を切除して手術終了。術後経過良好で治療に至った。陰嚢水腫は日常診療でよく遭遇するが，破裂する可能性を認識しておくことが重要だろう。

75歳以上に発症したSeminomaの1例：富澤 満，堀 俊太，森澤洋介，谷 満，岡島英二郎（市立奈良），中村 潤（ならやよいクリニック）77歳，男性。69歳時診断の前立腺癌に対し監視療法中，無痛性右陰嚢腫大あり。併存症は喘息，慢性好酸球性肺炎の呼吸器疾患を認めた。高位精巣摘除術および画像診断でseminoma cT2N2M0S1，JUA stage IIA，IGCCC good prognosisと診断し，EP療法を施行した。4コースの化学療法を予定したが，1および3コース目に発熱性好中球減少症を来し，3コース目では血液培養陽性（*Bacillus cereus*）となり3コースで中断した。また2コース目と3コース目ではGrade 4（CTCAE version 5.0）の血小板減少を来し血小板輸血を行った。精巣胚細胞腫は日本において90%が50歳以下に発症し後期高齢者で発症することはきわめて稀である。さらに化学療法に関する報告はより少ない。今後後期高齢者に対する化学療法では十分な発熱性好中球減少症の対策とともに報告の蓄積が必要と思われる。

術前生検によって確定診断が困難であった乳房外Paget病の1例：明石泰典，喜馬啓介，山本 豊，平山暁秀（近大奈良）78歳，男性。陰茎のしこりを主訴に受診。陰茎部に隆起性病変と周囲皮膚に発赤びらんを認め，左鼠径リンパ節に可動性のない腫瘍を触れた。術前腫瘍生検ではPaget細胞は確認できず，扁平上皮癌の可能性を指摘。MRIでは陰茎海綿体への浸潤も示唆され，陰茎癌（T2N1M0）の診断で陰茎全摘除術，周囲発赤部合併切除+会陰部外尿道口形成術+左鼠径部リンパ節摘出生検を行ったが術後組織診断は浸潤性乳房外Paget病であった。乳房外Paget病の場合，表皮がびらんや潰瘍を形成したあとの再生上皮部分には必ずしもPaget細胞が存在しないため生検時には腫瘍部のみではなく発赤部も併せて複数箇所生検する必要がある。

術前TIP療法，部分切断術，リンパ節郭清後に再発した陰茎癌の1例：上田 勉，大西健太，原本順規（高清会高井）37歳，男性。1年前より亀頭部に腫瘍が出現し，徐々に増大してきたため，当科受診。外尿道口周囲の潰瘍性病変，結節性腫瘍，画像検査では左外腸骨リンパ節腫大も認めた。陰茎癌，リンパ節転移と診断。亀頭部の潰瘍と腫瘍，また左鼠径部リンパ節生検施行。SCC，Grade 3，cT2以上，cN3，M0と診断。術前化学療法としてパクリタキセル，イホスファミド，シスプラチンのTIP療法を21日サイクルで4コース施行後，陰茎部分切除術および両側鼠径部および骨盤内リンパ節郭清施行。断端陰性，郭清リンパ節陰性であったので経過観察とした。術後11カ月頃より排尿障害出現。残存尿道に触診で硬結，画像で25mm程度の腫瘍を認めた。局所再発と診断し，尿道全切断術を施行。現在経過観察中である。