

学会抄録

第243回日本泌尿器科学会関西地方会

(2020年2月15日(土), 於 京都大学医学部 芝蘭会館)

副腎 Anastomosing hemangioma の1例: 隠岐雄太, 佐藤元孝, 堀谷 弘, 上田倫央, 中山治郎, 三宅 修 (市立豊中) 83歳, 男性. 左腰背部痛を主訴に近医受診. 腹部単純 CT で 12 mm 大の左尿管結石および, 右副腎に接する径 5 cm 大の腫瘤を指摘された. 腹部単純 MRI の T2 強調像で右副腎腫瘤は高信号を呈し, 褐色細胞腫, 副腎癌, 後腹膜神経原性腫瘍などが疑われ, 精査加療目的で当科紹介受診となった. 各種腫瘍マーカーは基準値内で, 内分泌学的検査では大きな異常は認めなかった. 右副腎腫瘤に対して腹腔鏡下右副腎摘除術を施行した. 4×3.6 cm, 62 g の出血や変性を伴う境界明瞭な充実性腫瘍が副腎と接するように存在していた. 病理学的には hobnail 状の血管内皮細胞を呈している一方, 血管内皮細胞の多層化, 核異型などの悪性所見を認めず, anastomosing hemangioma の診断となった. 副腎 anastomosing hemangioma の症例は自験例が 4 例目であり若干の文献的考察を加えて紹介する.

副腎腫瘍の指摘後 4 年の経過で増大を認めた巨大副腎血腫の1例: 館 彩加, 弓場 寛, 大島純平, 金城孝則, 芝 政宏, 井上 均 (市立池田) 75歳, 女性. 2015年5月, 他院にてホルモン非活性の左副腎腫瘍 (72×40 mm) を指摘され, 手術を勧められるも以後受診せず. 2019年9月, CT にて左副腎腫瘍の増大 (155×118 mm) を指摘され当科紹介. CT では腫瘍辺縁に石灰化を散見し, 辺縁部に結節状早期濃染を認め, 後期相では濃染が持続していた. 内部は造影効果に乏しかった. MRI では辺縁は T1 で低信号, T2/DWI で高信号であった. 副腎血腫と術前診断し腹腔鏡下左副腎腫瘍摘除術施行. 腫瘍は一塊にして摘除可能であった (標本重量: 1,110 g). 術後経過良好で第7病日に退院. 病理診断は副腎血腫であった. 明らかな出血要因はなく, 特発性副腎血腫と診断した. 1983年以降本邦では24例の報告があった. 今回われわれは腹腔鏡下にて摘除しえた巨大副腎血腫を経験した.

破裂を契機に発見された褐色細胞腫の1例: 浅香幸久, 家村友輔, 辰巳佳弘, 松村善昭, 三馬省二, 影林頼明 (奈良総合医療セ) [緒言] 褐色細胞腫が自然破裂によりクリーゼを発症し, 画像上破裂所見が確認された症例を経験したので報告する. [症例] 35歳男性. 心窩部痛を主訴に受診. CT で副腎出血を指摘. 受診時に副腎褐色細胞腫クリーゼを認め, 褐色細胞腫自然破裂による原因と考えられた. 血腫増大がなかったため ICU で保存的に加療を行い, 3カ月後に腹腔鏡下に副腎摘出術を行った. [結語] 褐色細胞腫の自然破裂によりクリーゼを発症した症例を経験した. 破裂後高度な癒着が予想される症例でも降圧管理を含めた適切な術前術中管理を行うことで腹腔鏡手術が可能であった.

診断が困難であった嚢胞性褐色細胞腫の1例: 川西 誠, 神尾絵里, 谷口久哲, 大江知里, 清田 翔, 中尾一慶, 佐藤五郎, 増尾友紀, 池田純一, 大杉治之, 滝沢奈恵, 矢西正明, 斎藤亮一, 渡辺仁人, 杉 素彦, 木下秀文, 松田公志 (関西医大), 田中 満, 久保田恵子 (枚方公済) 60歳, 男性. 腹部膨満感で前医を受診. CT にて後腹膜腔に 30 cm 大の嚢胞性腫瘍を認め腺仮性嚢胞疑いとしてドレナージ目的で腸管吻合された. 嚢胞壁の病理から嚢胞性褐色細胞腫の診断となり当院紹介受診. 胆腺外科と合同で睪体尾部・脾・空腸合併腫瘍摘出術を施行した. 術中の血圧変動が激しく院内のフェントラミンメシル酸塩80アンプルを使い切った. 安全に手術を行うためには術前に正確な診断を行うことが重要であるが, 嚢胞性褐色細胞腫は高血圧などの特徴的な所見を示さないことも多く診断に難渋することがあり, 巨大な腹部嚢胞性腫瘍の診断時に鑑別の1つに挙げる必要があると思われる.

Eosinophilic, solid, and cystic renal cell carcinoma の1例: 高田一平, 粥川成俊, 伏木次次, 金沢元洪 (京都中部総合医療セ) 68歳, 女性. 近医の腹部超音波にて右腎腫瘤を指摘され当院紹介. 造影

CT, MRI で腎癌を疑う所見を認めた. 全身精査し cT1bN0M0 の診断で腹腔鏡下右腎摘除術を施行. 摘出臓器の病理診断が Eosinophilic, solid, and cystic renal cell carcinoma (以下 ESC-RCC) であった. ESC-RCC の報告は世界でも報告例が少なく, 本邦での報告はなかった. 臨床, 病理学, 免疫組織学, 分子生物学において明瞭な特徴を持ち, 近年注目されている.

低ナトリウム血症を契機に発見された腎癌下垂体転移の1例: 島田誠治, 遠水悠太郎, 河 源 (済生会野江) 60歳台, 男性. 肉眼的血尿主訴に受診. 精査の結果, 多発肺転移を伴う左腎癌 cT3aN0M0 を認め腹腔鏡下腎摘除術を施行した. 術後, スニチニブ開始6日目に倦怠感伴い受診. 低 Na 血症を認め, 薬剤性による下垂体不全も疑われたが, 腎癌下垂体転移に伴う下垂体機能低下であった. 近年, 免疫チェックポイントなどの薬剤も用いられるが下垂体機能低下が見られた場合, irAE のみを疑うのではなく下垂体転移も念頭に置く必要がある.

ニボルマブ単回投与後完全奏功を維持している転移性腎細胞癌の1例: 前阪郁賢, 中濱智則, 山田 篤, 松本吉弘 (星ヶ丘医療セ) 70歳, 男性. X-18年に右腎細胞癌に対して根治的腎摘除術施行. X-10年よりインターフェロン療法開始. 逐次療法を行うも, X年7月に Th8 転移が出現. 姑息的放射線照射を施行し, X年8月に 8th line としてニボルマブを導入. 投与前は多発肺, 肝, 肝周囲, 睪頭部, 睪尾部, 左腎門部リンパ節, 右鼠径リンパ節, Th8 に転移巣を認めた. ニボルマブ投与13日目, 四肢体幹に grade 3 の皮膚障害が出現しニボルマブは中止, BSC の方針となった. 経過観察を行うも, すべての転移巣は縮小し7カ月後には同定が困難となり, 投与14カ月後も完全奏功を維持している. また, 皮膚障害は光線療法および外用ステロイド剤により痒痒感は残存しているが, 発赤・疼痛は改善傾向である.

複数の免疫関連副作用によるイピリムマブ, ニボルマブ併用療法中止後も安全にニボルマブを再投与しえた転移性腎細胞癌の1例: 前川洋子, 加藤大悟, 藤田和利, 福原慎一郎, 植村元秀, 木内 寛, 今村亮一, 野々村祝夫 (大阪大) 75歳, 男性. 主訴は右鎖骨部痛. 精査のため撮像した胸部 CT で 3.5×3.5 cm 大の右腎腫瘍, 多発骨転移, 多発肺転移を認めた. 根治的右腎摘除術を施行し, Clear cell renal cell carcinoma, Fuhrmangrade 2, INF α , pT3aN0M1 と診断. IMDC 分類で Poor リスクであり, 転移病変に対して術後イピリムマブ, ニボルマブ併用療法を開始. しかし投与開始6週間後に大腸炎 (Grade 3), 肝機能障害 (Grade 2), 皮疹 (Grade 1) などの免疫関連副作用が出現し併用治療を中止. その後11カ月間腫瘍縮小を維持したが転移病変の再増大を認めたため, ニボルマブ単剤を再投与したところ免疫関連副作用は大腸炎 (Grade 1) のみであり, 安全にニボルマブを再投与しえた.

腎癌に対しニボルマブ・イピリムマブ投与中に赤芽球瘡を来した1例: 中山慎太郎, 田 寛之, 佐野貴紀, 今井聡士, 松本 稔, 村崎基次, 山田裕二 (県立尼崎総合医療セ) 54歳, 女性. 既往歴特になし. 倦怠感を主訴に受診. CT にて左腎腫瘍, 多発転移を認めた. 外陰部腫瘍生検より左腎癌 cT3aN2M1 (IMDC poor risk) の診断. ニボルマブ・イピリムマブ投与を開始した. 2コース目より貧血を認め, 3コース目に汎血球減少も出現した. 骨髄生検施行し赤芽球瘡と診断. PSL 0.5 mg/kg 投与にて貧血は改善し4コース施行. 現在は腫瘍縮小効果を維持しつつニボルマブ単剤療法施行中. 赤芽球瘡の原因は多岐にわたるが, 自己免疫性の原因として活性化したT細胞が赤芽球を障害することは元来より知られており, 癌免疫療法にて生じうると考えた. また治療後再発する症例があり, 副腎皮質ステロイドでの治療では約80%に再発するといわれている. 諸家の報告を参照すると, PD-1 もしくは PD-L1 抗体治療を行った患者で, 血液関連 irAE

を調べた報告があるが、赤芽球菌の発症率は0.0011%と非常に少ない。また IO drug 併用療法における血液関連 irAE の報告はない、今後の報告が待たれる状況である。

進行性腎細胞癌に対するイビリムマブとニボルマブの併用療法により発症した間質性腎炎の1例：石井 信、竹澤健太郎、今村亮一、福原慎一郎、藤田和利、植村元秀、木内 寛、野々村祝夫（大阪大）74歳、女性。X年6月、右腎癌、多発肺転移に対して右腎摘除術を施行され、淡明細胞型腎細胞癌、pT3bN0M1と診断された。X年7月よりイビリムマブとニボルマブの併用療法が開始された。X年9月、食思不振を主訴に来院。血清 Cr、BUN の著明な上昇を認め、急性腎不全と診断され、精査加療目的に入院となった。CT では左腎が腫大していた。急性腎不全の原因として、腎前性腎不全と薬剤性間質性腎炎が考えられたが、補液にて改善が見られなかったため、薬剤性間質性腎炎と診断。内服薬中止とステロイド治療が開始され、徐々に腎機能は改善、3週間でペースラインまで回復した。

原発巣摘除術とスニチニブ投与にて、長期間完全奏功が得られている転移性腎癌の1例：吉村明洋、辻村 剛、山道 岳、中田 渡、辻本裕一、任 幹夫、辻畑正雄（大阪労災）56歳、男性。右肩の痛みで当院整形外科を受診。CT 検査で腎静脈腫瘍塞栓を伴う径 58 mm の右腎腫瘍と径 50 mm の右肩甲骨腫瘍、多発肺腫瘍を認め、当科紹介。右腎癌 cT3aN0M1 として原発巣摘除とスニチニブ導入の方針となり、後腹膜鏡下右腎摘除術を施行した。病理組織は淡明細胞型腎細胞癌と乳頭状腎細胞癌が混在しており、pT3a であった。術後スニチニブを開始し、8カ月後の CT で肺転移と肩甲骨転移は完全に消失、完全奏功 (completeresponse, CR) の判定であった。尿蛋白増加の副作用が持続していたため、開始後23カ月の時点でスニチニブを休業し、以降再開せずに経過しているが、休業後8カ月経過した現在も CR を維持している。

転移性腎癌に対して Late line アキシチニブ Rechallenge が奏功した1例：桂 大希、原田健一、古川順也、重村克己、石村武志、日向信之、中野雄造、藤澤正人（神戸大）60歳、男性。淡明細胞型腎細胞癌の術後10年でリンパ節転移を認め全身療法開始となった。2nd line のアキシチニブは 10 mg で投与開始したが、grade 3 の下痢を認め 6 mg に減量した。3カ月後に -14.6% の腫瘍縮小が得られた (Best response : SD) が、10カ月後 PD となった。7th line で使用したアキシチニブ rechallenge では初回投与の経験を活かし、酪酸菌を導入初期から併用する事で、10 mg の投与量を維持し、現在まで6.5カ月の投与を継続している。4カ月後の腫瘍縮小率は -30.4% で、Best response は PR と判定した。

肺腫瘍が穿破し臍胸となった腎細胞癌の1例：金城友紘、中井康友、山本顕生、山本致之、永原 啓、中山雅志、垣本健一、西村和郎（大阪国際がんセンター）52歳、男性。無症候性肉眼的血尿、咳嗽を主訴に前医を受診し、胸腹部 CT で右腎腫瘍、縦郭リンパ節転移、気管支内転移を認め、右肺下葉は閉塞性無気肺を来たしており当院紹介受診。経皮的腎生検を施行し病理組織学的結果は clear cell renal cell carcinoma だった。IMDC 分類は poor risk であり、イビリムマブ、ニボルマブ併用療法を開始するも 2 コース終了時点で熱発あり入院。CT では気管支内転移病変は増大し、右閉塞性肺炎から肺腫瘍を来たしていた。PD と判断しアキシチニブに変更し抗生剤加療開始。投与6日目には肺腫瘍が穿破し臍胸となり、10日目には気管支内病変は縮小するも、有痙性気胸を来たしていた。胸腔ドレーンを2本留置し気胸、炎症は改善するも、以後ドレーン抜去できず留置およびアキシチニブ投与を継続している。

腎静脈内に発生した平滑筋肉腫の1例：樋口雅俊、吉川和朗、尾多賀祐介、平山祐里、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、山下真平、柑本康夫、原 勲（和歌山県立医大）、高橋祐一（同病理診断科）79歳、男性。主訴管拡張精査の腹部造影 CT で 34 mm 大の後腹膜腫瘍を認め、2019年8月当科紹介受診。腫瘍は腎静脈内に存在し、PET-CT で SUV max = 2.96 までの軽度集積を認め、左腎静脈原発腫瘍と診断。腎摘除術を行い、術中迅速病理診断に提出し、良性であれば自家腎移植を行う方針で腹腔鏡下左腎摘除術を施行。ベンチサージェリーで腫瘍の一部を迅速病理診断に提出したところ malignant spindle cell tumor の診断であったため手

術終了。病理結果は平滑筋肉腫であった。現在術後6カ月時点で再発なく経過している。腎静脈原発腫瘍のほとんどは悪性であるが、術前に良悪の鑑別を行うことは困難である。浸潤所見がなく、腫瘍を確実に切除できる症例に限り腎温存を念頭に手術を行ってもよいと考えられる。

褐色細胞腫を契機に見えられた神経線維腫症 1 型 (von Recklinghausen 病) の1例：羽間悠祐、村嶋隆哉、増田憲彦、吉川武志、清川岳彦（京都市立）、藤原葉一郎（同遺伝診療科）、小松弥郷（同内分泌内科）、竹中秀也（同皮膚科）22歳、女性。腹痛を主訴に救急搬送され、CT にて長径 12 cm の左副腎腫瘍を認めた。切迫破裂兆候はなく、保存的に経過を見つつ精査を進めた。内分泌学的精査および ¹²³I-MIBG シンチグラフィ陽性であり、左褐色細胞腫と診断。開胸腹左副腎摘除術施行し、病理組織学的に潜在的悪性度の高い褐色細胞腫と診断した。同時に、カフェオレ斑などの皮膚病変から、神経線維腫症 1 型 (以下 NF1) の合併を疑い、遺伝診療科と協議の上、患者および家族の同意のもとに精査を行った。診断基準を満たしたため、母親とともに NF1 と診断した。NF1 の多くは幼少期に診断に至るため、褐色細胞腫が先行し NF1 の診断に至る症例は稀である。褐色細胞腫に関しては、術後補助治療は施行せず、NF1 に関しては、遺伝・心理カウンセリングなどのサポートも適宜施行しつつ経過観察を続けている。

¹²³I-MIBG の高集積を認め褐色細胞腫を疑った散発性副腎髄質過形成の1例：脇田哲平、波多野浩士、堀谷 弘、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）、前田法一、西澤 均、向井康祐、大月道夫（同内分泌代謝内科）77歳、女性。主訴は発作性高血圧と動悸。家族歴として詳細不明の心疾患を有していた。尿中ノルアドレナリンは複数回測定し、125~156 μg/day と軽度高値。CT/MRI では左副腎が短径 1 cm に腫大していた。¹²³I-MIBG-SPECT では左副腎に一致して高集積を認めた。腹腔鏡下左副腎摘除術を施行し、病理組織診断は副腎髄質過形成であった。SDHB 免疫染色を追加検討したところ陽性であり、SDHB 遺伝子変異は否定的であった。術後、高血圧および動悸の改善を認めた。

根治的腎摘除術 (同側副腎合併切除) 後の対側副腎転移に対し腹腔鏡下副腎部分切除術を施行した1例：岩本鴻太郎、齋藤友充子、長野優太、家原昌弘、鳴川 司、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）77歳、男性。前医にて左腎癌に対し開腹左腎摘除術 (同側副腎合併切除) 施行。術後10年で右副腎に転移を疑う所見を認め当科紹介、腹腔鏡下副腎部分切除術を施行した。病理結果は Metastatic clear cell renal cell carcinoma で、腎癌の転移と判断した。切除断端は陰性。術後半年で再発転移は認めず、ホルモン補充の必要なく経過されている。

肉腫様腎癌多発骨転移に対してイビリムマブニボルマブ併用療法で CR が得られた1例：北村 聡、原田健一、古川順也、松下 経、石村武志、重村克己、日向信之、中野雄造、藤澤正人（神戸大）60歳、男性。特記すべき既往歴なし。発熱を主訴に受診。精査で左腎癌、副腎転移および多発骨転移と診断。腹腔鏡下左腎摘除術を試行し、病理結果は肉腫様腎癌、Fuhrman G4, v0, pT3a, pN0 であった。IMDC Poor risk (5項目該当) の本症例に対し、イビリムマブ・ニボルマブ併用療法を行い CR が得られた。CheckMate214試験において、肉腫様成分を有する症例に対して、イビリムマブ・ニボルマブ併用群ではスニチニブ単剤群と比較して高い CR 率が得られたと報告がある。しかし、同試験のサブ解析において IMDC 4-6 項目該当群では CR は 1 例も報告されていない。当科では、本結果を考慮し、IMDC Intermediate/Poor risk や肉腫様腎癌症例に対して免疫併用療法の積極的導入を検討している。

イビリムマブ・ニボルマブ併用療法が奏効した右集合管癌の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）、中野翔平、大久保和俊（京都桂）、渋谷信介（同病理診断科）68歳、男性。前医にて2018年4月右浸潤性腎盂癌の疑いに対して後腹膜鏡下右腎尿管全摘除術施行。病理結果は集合管癌、pT3aN0 であった。術後補助化学療法として GC 療法 2 コース施行も半年後に肝転移出現あり、治療相談目的に2019年1月当科紹介。転移

性非淡明型腎細胞癌, IMDC 分類 Intermediate risk と判断し, イピリムマブ・ニボルマブ併用療法を開始. 重篤な免疫関連有害事象の出現なく経過し, 4 コース終了後には肝転移は大幅に縮小, PR となった. ニボルマブ維持療法移行後も肝転移は縮小を続け, 治療開始後1年で CR となった. 現在も治療継続中, CR を維持しており, 腎集合管癌に対するイピリムマブ・ニボルマブ併用療法の有用性が示唆される.

腎原発 Ewing 肉腫に対して集学的治療を行った1例: 今井一登, 坂元宏匡, 中嶋正和, 赤羽瑞穂, 青山輝義 (関西電力), 山崎俊成, 小川 修 (京都大) 40歳台, 女性. 左腎腫瘍の精査加療目的に当科受診. 画像検査で左腎に長径 10.5 cm の腫瘍を認め, 開腹根治的左腎摘除術を施行. 病理検査で CD99 陽性, Synaptophysin 局所陽性, FISH 法で t (11; 22) (q24; q12) の染色体転座を認め, 腎原発 Ewing 肉腫と診断した. 診断より2カ月で左腸腰筋周囲, 左傍結腸窩に再発を認め, 化学療法 (VDC 療法と IE 療法の3週間ごと交互投与) を施行. 6 コース施行後に再発巣はすべて消失, 完全奏効と判定し, 再発予防目的に左後腹膜腔に放射線外照射を追加した. 診断より16カ月頃から左後腹膜腔, 左胸膜, 脊柱起立筋内に多発再発巣が出現. 放射線化学療法を再開し, トラベクテジンに変更加療も行ったが, 診断より26カ月で死亡した.

2度にわたる肺転移巣切除後, 長期無再発生存を得られている尿管管癌の1例: 宗宮伸弥, 小林 恭, 萩本裕樹, 杉山恭平, 高森 一, 葛島相輝, 吉野喬之, 佐野剛視, 後藤崇之, 澤田篤郎, 赤松秀輔, 山崎俊成, 小川 修 (京都大) 40歳台, 男性. 数日前からの肉眼的血尿を契機に尿管管癌 Sheldon 分類 IIIA と診断され, 膀胱部分切除術を行った. 病理結果は大腸がん類似型の中分化型尿管管癌だった. リンパ節転移および切除断端は陰性だった. 1年後に右肺, 2年後に左肺に単発転移を来したが, それぞれ胸腔鏡下に完全切除し, その後4年間再発を認めていない. 尿管管癌において再発巣切除の報告は少なく, 複数回の遠隔転移巣切除例はきわめて稀だが, 分化度が良好であり, かつ完全切除が可能な場合には長期寛解をもたらす可能性が示唆された. 完全切除が可能な場合には, たとえ再々発症例であっても外科的切除を検討すべきであると考えられた.

晩期再発を来した尿管管癌の1例: 上田祐子, 柑本康夫, 尾多賀祐介, 川端大輝, 出口龍良, 樋口雅俊, 井口孝司, 小池宏幸, 若宮崇人, 山下真平, 吉川和朗, 原 勲 (和歌山医大) 41歳, 女性. 尿管管癌 Sheldon 病期 IIIA に対し膀胱部分切除+尿管管摘除+骨盤内リンパ節郭清術を施行. 病理診断: pT2aN0, ly0, v0. 10年間再発なく経過していたが, 術後14年目に膀胱頂部に再発を来した. 膀胱部分切除術を施行したが, 病理結果: Urachal carcinoma, enteric adenocarcinoma, ly1, v0, また総腸骨・正中仙骨リンパ節に転移を認めた. 現在補助化学療法 (TS-1+CDDP) を行っている. 尿管管癌の晩期再発は非常に稀であるが, 若年発症の場合は長期に経過観察が必要であること, 尿管管癌では拡大リンパ節郭清を行うことの有用性が示唆された.

膀胱原発 MALT リンパ腫の2例: 出口真央, 草場拓人, 森 友莉, 奥末理知, 中村真俊, 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, 上仁数義, 成田充弘, 河内明宏 (滋賀医大), 原田吉将 (長浜赤十字) 症例1は56歳, 女性. 婦人科検診の超音波検査で膀胱腫瘍を指摘され当科紹介. 膀胱鏡で左側壁に3 cm 大の非乳頭状広基性腫瘍を認めた. 尿細胞診は Class II. 経尿道的膀胱腫瘍切除術 (TURBT) を施行, 病理診断は MALT リンパ腫だった. 全身精査で Ann Arbor 分類 I 期 E と診断, 2nd TUR で残存腫瘍を認めなかった. 術後26カ月経過し再発を認めていない. 症例2は77歳, 男性. 内科で撮影された CT で膀胱腫瘍を指摘され当科紹介. 膀胱鏡で左側壁に2 cm 大の非乳頭状腫瘍を認めた. 尿細胞診は Class II. TURBT を施行, 病理診断は MALT リンパ腫だった. 全身精査で Ann Arbor 分類 I 期 E と診断, 2nd TUR で残存腫瘍を認めなかった. 術後8カ月を経過し再発を認めていない. 膀胱原発 MALT リンパ腫の予後は比較的良好であり, TURBT で腫瘍の完全切除が得られれば追加治療なしに経過観察が可能と考えられる.

経尿道的腫瘍生検により診断され, 抗菌薬投与が奏効した黄色肉芽腫性膀胱炎の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), 渋谷信介 (同病理診断科), 山岡利成, 岩佐亮史 (同放射線診断科) 70歳台, 女性. 右胸水貯留の精査治療中に画像検査で膀胱右側壁腫瘍と右水腎症を指摘された. 造影 CT および造影 MRI で膀胱腫瘍とそれによる水腎症を疑い, 経尿道的腫瘍生検を施行した. 病理組織検査では好酸球・組織球・形質細胞の浸潤を伴う肉芽腫性病変であり, 黄色肉芽腫性膀胱炎と診断した. 1カ月間の抗菌薬投与により膀胱右側壁部の病変は消失. 以後病変再増悪なく経過している. 黄色肉芽腫性膀胱炎はこれまで海外を含め28例報告されているが, 悪性腫瘍との鑑別がつかず, しばしば全摘や部分切除が施行されてきた. 本症例は抗菌薬による保存的治療で治癒した稀な症例と考える.

精巣摘除術で診断しえた前立腺神経内分泌癌の1例: 清水保臣, 加藤 実, 吉内皓樹, 津田壮太郎, 井口太郎, 玉田 聡, 仲谷達也 (大阪市大) 78歳, 男性. 主訴は左陰囊の無痛性腫大. 前立腺癌 cT3aN1M0 に対してホルモン療法施行中, 上行結腸癌を認め右半結腸切除術を施行. その後前立腺癌局所増大を認めエンザルタミド開始し PSA は感度以下で経過していたが, さらに前立腺癌の局所増大を認めたため EBRT を施行. 前立腺癌は縮小したが左陰囊の無痛性腫大が出現し, CT で両側肺野の微小結節および左精巣腫瘍を認めた. 前立腺神経内分泌癌の肺転移, 精巣転移を疑い前立腺再発生検施行するも悪性所見認めず, 診断治療目的で精巣摘除術を施行. 病理組織は大細胞神経内分泌癌であり, 前立腺癌の転移と診断された. CDDP + CPT-11 併用療法を3コース施行後に NSE は正常化し, 肺腫瘍も消失した. 集学的治療により転移性前立腺内分泌癌の寛解を得た.

傍大動脈リンパ節転移が IVC・十二指腸へと浸潤した精巣腫瘍の1例: 中森啓太, 上原博史, 東 治人 (大阪医大) 陰囊腫大を主訴に前医受診. 加療目的に当院受診. 血液検査で LDH/hCG/AFP/IL2 の上昇を認めた. CT にて陰囊水腫を伴う 15×9 cm の内部不均一な右精巣腫瘍あり, また巨大な傍大動脈リンパ節転移も認めた. リンパ節転移は, 十二指腸下行脚と瘦孔形成し, IVC まで浸潤を認めた. 精巣摘除を施行し病理所見: 繊維性結合織で区画化された腫瘍胞巣を認め, 一部に脈管浸潤も認めた. 免疫染色で OCT 陽性, c-Kit 陽性ありセミノーマと診断. 病期分類で pT2N3M1a, ステージ IIB と診断し, BEP 4 クール施行し残存腫瘍切除術の方針. 化学療法施行しリンパ節転移巣は著明に改善あり, リンパ節郭清では周辺組織を損傷することなく剥離, 摘除が可能であった. 病理所見: 大部分に壊死組織からなり, 一部に石灰化を伴っていた. 免疫染色をすると c-kit 陽性であり腫瘍細胞の残存.

骨盤骨折後尿道断裂に対する尿道形成術前に陰茎背動脈の重度血流障害を認めた1例: 重坂光二, 兼松明弘, 赤木直紀, 貝塚洋平, 嶋谷公宏, 田口元博, 中西裕佳子, 長澤諒司, 山田祐介, 橋本貴彦, 呉秀賢, 鈴木 透, 野島道生, 山本新吾 (兵庫医大), 川西泰夫 (高松赤十字) 20歳台, 男性. 交通外傷による骨盤骨折. 骨盤内出血を認め TAE 施行. 尿道造影で尿道完全断裂を認めた. 尿道端端吻合術を予定するも陰茎背動脈の血流障害が強く, 球部尿道の剥離離断による尿道海綿体壊死が危惧された. 動脈血行再建術を予定したが血流の再開通を認め, 尿道端々吻合を施行. 尿道は球海綿体動脈と陰茎背動脈による二重支配を受ける. 尿道端端吻合術では, 尿道離断後の遠位側尿道の血流は陰茎背動脈からの逆行性血流に依存するため陰茎背動脈の血行障害があると球海綿体壊死が起こる. 亀頭温度低下や ED があればドブラーエコーや造影 CT, Angio CT での血流評価が必要と考える.

虚血性持続勃起症典型例と非典型例の経験: 西村伸隆, 鳥本一匡, 小田侑希, 吉田貴法, 植松稔貴, 市川和樹, 大森千尋, 中井 靖, 三宅牧人, 井上剛志, 穴井 智, 青木勝也, 田中宣道, 米田龍生, 藤本清秀 (奈良県立医大), 丸上永晃 (同放射線科) 【典型例】37歳. 発症24時間後に受診. 陰茎海綿体内血液ガス分析でアシドーシス, 超音波検査で海綿体動脈拍動の消失を確認. 海綿体穿刺による瀉血で軽快. 【非典型例】71歳. 発症72時間後に受診. 海綿体血液を採取できず, 超音波検査で動脈の拍動は残存. 典型的な診断根拠に欠けたが虚血性と判断. 遠位シャント術2回に加えて近位シャント術を施行. 持続勃起は解除され陰茎は徐々に縮小したが, 勃起障害を合併. 重症例では多発微小血栓のため, 穿刺での血液採取は困難. 合併症を防ぐため, 速やかに有効なシャント術が必要.

人工尿道括約筋の露出を伴う陰嚢内膿瘍治療後に再留置しえた1例：牧田哲幸，山口立樹，国分英利，村田詩織，阿部陽平，久保田聖史，堤 尚史，井上幸治，川喜田睦司（神戸市立医療セ中央市民）79歳，男性。前立腺癌に対するRARP術後の腹圧性尿失禁に対し，他院にて人工尿道括約筋（AUS）を留置された。術後，陰嚢内膿瘍にてコントロールポンプが皮膚外へ露出し2度部分的にコントロールポンプ，圧力調整バルーンの交換が施行された。その後も改善を認めなかったため当科受診。身体所見に加え，MRIでの陰嚢内炎症所見，創部培養でのMRSA含む多菌種陽性所見よりAUS術後感染，陰嚢内膿瘍と診断。AUS抜去，陰嚢開放ドレナージ，抗生剤治療にて感染は収束し，5か月後に再留置術を施行した。再留置時は，尿道周囲カフは初回よりも速位に留置した。その後再度陰嚢内膿瘍を認めるも穿刺ドレナージ，抗生剤治療のみで保存的に改善し，感染の再燃なく経過した。

直腸輪状狭窄を来たした浸潤性膀胱癌の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）71歳，男性。膀胱癌 cT2≥N0M0の診断の下，術前化学療法3コース後に膀胱全摘除術を施行した。病理診断は，Urothelial carcinoma, G3, pT4aN2であり，腫瘍細胞の一部に印環細胞を認めた。術後21日目に大腸イレウスを発症し，下部内視鏡検査で直腸に全周性の狭窄を認めた。同部位の生検にて尿路上皮癌の診断に至った。人工肛門造設術を施行後に退院。現在 Pembrolizumab 投与中である。膀胱癌による直腸輪状狭窄の報告は，自験例も含めて13例のみであり，そのうち初回生検で診断しえた症例は2例と少なく確定診断が困難である。直腸輪状狭窄を来たしてから死亡までの中央値は3か月と予後不良であり，他の直腸輪状狭窄を来たす疾患との鑑別を行った上で，早急な治療介入が必要である。本症例では，膀胱癌術後の直腸への進展による輪状狭窄を病理学的に診断した。

膀胱原発形質細胞腫の1例：高瀬雄太，八尾昭久，平田淳一郎，小泉文人，中村一郎（神戸市立医療セ西市民），水谷 優（同血液内科）78歳，女性。頻尿，発熱，倦怠感を主訴に当院救急外来を受診。CTにて膀胱腫瘍を認め当科紹介。膀胱鏡，CT，MRIにて膀胱腫瘍，右水腎症を認めTUR-Bt施行，腎機能低下あり，同入院中に右腎瘻を造設した。病理結果にて上皮細胞の増殖，異型を認めずリンパ球の増殖を認める。CD138（+）である一方でCD19（-），CD20（-）であり形質細胞への分化を示したため形質細胞腫の診断となる。PET-CTにて副腎，リンパ節など全身に集積を認め多発転移を伴う膀胱原発形質細胞腫として治療開始。膀胱に放射線照射後，新規病変を認め現在化学療法中（THP-COP療法）を施行している。

膀胱癌 Lymphoma-like/plasmacytoid variant の2例：藤本幸太，堀井沙也佳，野々村大地，岸本 望，小林正雄，小野 豊（市立東大阪医療セ）症例1：75歳，女性。肉眼的血尿を主訴に受診。膀胱腫瘍を認め，TURBT施行。病理結果は尿路上皮癌，high grade, pT1であった。2ndTURBTでは癌の残存はなかったため，膀胱鏡フォローしていた。6か月後の膀胱鏡で再発病変を認めTURBT施行。病理結果は Invasive urothelial carcinoma, lymphoma-like/plasmacytoid variantであった。術前補助化学療法としてGC療法施行後，開腹膀胱全摘術および回腸導管造設術を施行した。症例2：53歳，男性。労作時の息切れを主訴に当院消化器内科に入院。検尿異常の精査目的で当科紹介となった。左側壁に非乳頭状広基性腫瘍を認めTURBT施行。病理結果は Invasive urothelial carcinoma, lymphoma-like/plasmacytoid variantであった。術前の造影CTで肺塞栓症およびDVTを認めたため，Trousseau 症候群を呈した膀胱癌と診断した。GC療法およびヘパリン持続投与を行ったところ，腫瘍は縮小し血栓も消失したため開腹膀胱全摘術および回腸導管造設術を施行した。上記2例を経験し，若干の文献的考察を加えて報告する。

長期生存している膀胱神経内分泌腫瘍の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），伊藤利江子（同病理診断科）66歳，女性。肉眼的血尿を主訴に膀胱腫瘍を認め，TURBTを施行し筋層浸潤性膀胱神経内分泌腫瘍の診断となる。Hb 6台の高度貧血，画像検査で急速な腫瘍増大と子宮浸潤が疑われたため，即時の膀胱尿道全摘除術，尿管皮膚瘻造設術，骨盤内リンパ節郭清術を施行した。子宮浸潤あり，腹水細胞診陽性で病理診断は neuroendocrine of bladder, pT4aN1M0であった。術後にEP療法2コースを施

行した。その後無治療で約8年間の経過観察を行っているが再発なく経過している。膀胱原発の神経内分泌腫瘍は稀であり，進行が早く予後は不良である。中でも本症例のような単一病理型，リンパ節転移陽性例では予後は不良との報告があるが，本症例は無再発で約8年間長期生存できている。

乳癌術後に膀胱転移を発症した1例：浜口 守，藤本西蔵，高橋智輝，橋本 士，西本光寿，安富正悟，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）70歳，女性。1年前に乳癌（小葉癌）に対して乳房切除術施行。術後補助ホルモン療法導入されていたが，膀胱壁の肥厚を指摘され精査加療目的に当科紹介となる。3か月前から切迫性尿失禁を認めており，膀胱鏡でも粘膜不整を認めたため，TURBTの方針となった。病理結果は乳癌（小葉癌）の膀胱転移と診断した。乳癌は乳管癌と小葉癌に分類され，好発転移部位が異なる。本症例では小葉癌の血行性転移による膀胱転移が切迫性尿失禁などの症状に関与していた可能性がある。ただし，血行性転移による膀胱転移では初期に血尿など示さず，画像診断が有用となる可能性がある。

Encrusted cystitis/pyelonephritis の1例：伊藤克弘，高橋俊文，寒野 徹，岡田 崇，東 義人，山田 仁（武田総合）73歳，男性。多発血管炎性肉芽腫症に対しステロイド投与を3か月前から受けていた。また2週間前から肺膿瘍に対しピペラシリン/タゾバクタムによる加療中であった。血尿を主訴に泌尿器科を受診し，当初膀胱結石の診断で手術を予定された。手術待機中に腎機能悪化，炎症反応上昇があり，CT検査で両側水腎症と，尿路の鋤型状の石灰化を認めた。Encrusted cystitis/pyelonephritisの診断でバンコマイシン投与，膀胱内のソリタ® T1による灌流，両側腎瘻造設を行い，約1か月の治療で軽快した。

骨盤内動脈静脈奇形による難治性膀胱出血の1例：原田雄基，清水輝記，萩原暢久，安田孝志，落合 厚（松下記念），田原秀一，三神一哉（京都第一赤十字）65歳，女性。20XX年9月，肉眼的血尿にて受診。骨盤内動脈静脈奇形からの膀胱出血と診断し経尿道的電気凝固術施行。膀胱三角部に噴出性出血あり止血。以降も噴出性出血を繰り返したため頻回の手術を必要とした。同年10月，奇形血管塞栓術を施行。その後は血尿改善し1年半程度再発を認めなかった。20XX+2年3月，血尿で再診。膀胱頸部が出血の主座であったため，経尿道的電気凝固術やホルマリン固定術を行ったが，膀胱腫瘍を形成し腫からの噴出性出血を来たした。再度奇形血管塞栓術を施行するも効果は限定的であった。以降腫瘍出血に対し腫内バルンによる圧迫止血を継続したが，同年10月に出血性ショックのため死亡した。

後腹膜パラガングリオーマに対し腹腔鏡下摘出術を施行した1例：大西伸和，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），本郷文弥（京府医大）63歳，男性。歯科治療時の高血圧発作について精査中，CTにて下大静脈背側に20mm腫瘍を認め当院へ紹介となった。¹²⁵I-MIBGシンチグラフィにて同部位に高度集積を認めパラガングリオーマと診断。腹腔動脈分岐レベルの大動脈静脈間に存在する腫瘍であること，腫瘍径が20mmであったことから，拡大視効果による腫瘍局在の認識が重要と考え腹腔鏡手術を選択。また後腹膜アプローチとした場合，カメラポートとの位置関係から下大静脈が腫瘍同定および周囲処理の妨げとなること，腰静脈処理が必要となること，さらに腹腔動脈分岐レベルであるためポートから腫瘍までの距離が離れ鉗子操作が困難となることが想定されたため，経腹膜のアプローチを選択した。結果安全に腹腔鏡下摘出術を施行しえた。

後腹膜未分化多形肉腫の1例：松田博人，北本興市郎，山本与毅，西原千香子，羽阪友宏，青山真人，石井啓一，浅井利大，金 卓，坂本 巨，上川禎則（大阪市立総合医療セ）84歳，男性。前医での採血で炎症反応高値，体重減少を認めCTにて左腎背側に10cm大の内部不均一で，辺縁より徐々に造影される充実性腫瘍を認め当院紹介。腫瘍生検で脱分化型脂肪肉腫の疑いと診断。腹腔鏡下後腹膜腫瘍摘除術施行し未分化多形肉腫の診断となった。未分化多形肉腫は2002年WHO分類で悪性線維性組織球腫から改名され明らかな組織球への分化がない未分化肉腫として定義されている。全体での5年生存率は50~60%，後腹膜や腸間膜発生は14~28%で予後不良とされてい

る。治療の第一選択は外科的切除であり根治を得るためには周囲臓器切除を含めた肉眼的な完全切除が必要となる。術前診断が困難であった後腹膜未分化多形肉腫の1例を経験したので報告した。

トラベクテジンにより長期SDを維持している後腹膜脂肪肉腫の1例：阿部陽平，山口立樹，国分英利，村田詩織，牧田哲幸，久保田聖史，堤尚史，井上幸治，川喜田睦司（神戸市立医療中央市民）73歳，男性。2002年に左後腹膜腫瘍に対して左後腹膜腫瘍摘除術＋左腎合併切除術を施行。病理組織診断はliposarcomaであった。2005年3月に左腸腰筋に再発し腸腰筋離断切除術を施行。2008年9月に後腹膜に再発し摘除術を試みたが癒着が著しく根治的全摘除術は断念。ドキシゾリン（DXR）＋イホスファミド（IFM）を4コース施行しCR。2013年7月に右後腹膜に再発しDXR＋IFMを4コース施行しSD。2014年1月に重粒子線治療（70.4 Gy/32 fr）を施行しPD。2016年4月に再度重粒子線治療を施行したが右腸腰筋，結腸肝彎曲部に再発。同年10月よりエリブリン（1.4 mg/m²）の投与を14コース施行したがPDとなり。2018年1月よりトラベクテジン（1.2 mg/m²）を開始。現在18コース施行し効果判定はSDを維持している。

S.A.N.D. バルーンカテーテルを用いて腹腔鏡下腫瘍摘出術を施行した後腹膜嚢胞性腫瘍の1例：吉田貴法，青木勝也，小田侑希，西村伸隆，植松裕貴，大森千尋，堀俊太，三宅牧人，穴井智，鳥本一匡，田中宣道，米田龍生，藤本清秀（奈良医大）14歳，女児。腹部膨満感を主訴に近医受診。径12×10×8 cmの後腹膜嚢胞性腫瘍を指摘され，当科紹介。S.A.N.D. バルーンカテーテルを用いて内容液を吸引したのち，腹腔鏡下腫瘍摘出術を施行した。内容液の迅速病理細胞診で悪性所見を認めず，病理組織診断はMüller管嚢胞であった。後腹膜発生のMüller管嚢胞はこれまで21例報告がある。画像検査による診断確定が難しいとされ，悪性が否定できない場合は穿刺吸引による内容液の散布を避ける必要がある。本症例ではS.A.N.D. バルーンカテーテルを用いることで内容液を嚢胞外に漏らさずに嚢胞を縮小化でき，腹腔鏡下摘出術が施行しえた。

前立腺 Stromal tumors of uncertain malignant potential (STUMP) の1例：梅田駿，中川勝弘，井之口舜亮，谷優，岡利樹，朝倉寿久，川村憲彦，高尾徹也，山口誓司（大阪急性期総合医療セ）55歳，男性。尿勢低下を主訴に近医受診し，PSA 12.196 ng/mlのため当院紹介受診。MRIでは左辺縁域にT2WIで内部が不均一な高信号を示す径50 mm大の腫瘍影を認めた。前立腺生検の結果，間葉系腫瘍が疑われた。5カ月後のMRIでは腫瘍の著明な増大を認めたため，ロボット支援腹腔鏡下前立腺全摘除術を施行した。病理組織診断では，核分裂像は少なく核異型も中等度であることからSTUMPと診断された。術後9カ月が経過した現在，再発を認めていない。

前立腺間質性肉腫の1例：上田進，福田輝雄，岡田桂輔，古川順也，重村克巳，原田健一，石村武志，日向信之，中野雄造，藤澤正人（神戸大）40歳，男性。主訴は尿閉。MRIで骨盤内に5.5×3.6 cmの内部不均一な腫瘍性病変を認めた。前立腺生検にて分化度不明の前立腺肉腫と診断。PET-CTでは下部直腸間膜圧排像を認め，直腸浸潤の疑い，膀胱鏡では膀胱頸部浸潤の疑い。胸腹部CTで遠隔転移はなし。前立腺肉腫cT4N0M0の診断で開腹骨盤内臓全摘術を施行。病理結果は前立腺間質性肉腫，精嚢内伸張あり，直腸固有筋層までの浸潤あり，膀胱浸潤なし，断端は陰性であった。術後の経過は良好であり，29日目に退院。術後化学療法としてdoxorubicin-ifosfamide併用療法中。評価CTで転移病変なく経過している。しかし，原発巣・転移巣，また術後化学療法のレジメンおよび有効性は確定しておらず，今後の症例の集積・解析による治療法の確立が待たれる。

MRIで描出困難であった導管型前立腺癌の1例：佐藤巨，鴨井和実，馬場雅人，瀧本啓太，三木恒治（済生会滋賀），馬場正道（同病理診断科）80歳，男性。肉眼的血尿を主訴に受診。尿細胞診はclass IIR，PSA値は3.64 ng/ml。膀胱鏡検査では，前立腺部尿道の精丘脇に非乳頭状腫瘍を認めた。MRIはT2強調で前立腺mid-glandの尿道付近に境界不明瞭な低信号域を認めた。膀胱腫瘍に対して経尿道的膀胱腫瘍切除術（TURBT）施行。術中所見では前立腺部尿道の一部乳頭状腫瘍も認めたが，病理組織診断では尿路上皮癌は否定的であった。またPSA染色で明らかな陽性所見とはいえず，前立腺癌の

確定診断に至らなかった。導管型腺癌は一般的にMRIのT2強調で高信号かつ造影効果を認めるのに対して，本症例ではこのような典型的な初見は認めなかった。しかし膀胱鏡所見や臨床経過から前立腺導管型腺癌を強く疑ったためロボット支援前立腺全摘術（RARP）を行った。組織診断はductal adenocarcinoma Gleason score 4+4であった。今回MRIで描出困難であった導管型腺癌の1例を経験した。MRIでは典型的な所見ではなく診断に難渋した症例であったが，術後再発・転移なく経過されている。

骨髄内転移による腫瘍性DICが疑われた前立腺癌の1例：大原義和，濱田晃佑，山口一行，大年太陽，内田潤次，仲谷達也（大阪市大）78歳，男性。当院消化器外科にて前立腺癌の直腸浸潤と診断され当科紹介。PSA 1,320 ng/ml。前立腺生検にてGS：4+4=8のadenocarcinomaを認め画像検査にてcT4N1M1と診断。CAB（ピカルタミド＋酢酸リユープロレリン）開始。3カ月後のPSAは57 ng/mlに低下。その1カ月後に黒色嘔吐を主訴に他院救急搬送されDICと診断され精査加療目的に当院転院となった。入院後急激な呼吸状態悪化および出血傾向を認め挿管し人工呼吸器管理に。入院7日目のPSAは392 ng/mlと上昇し去勢抵抗性前立腺癌と診断しエンザルタミド開始したが全身状態改善せず，DIC離脱も困難であった。入院21日目にBSCとなり28日目に死亡した。前立腺癌は線溶先進型のDICを引き起こすことが多く，経過からは播種性骨髄性癌腫症の可能性があった。

前立腺神経内分泌癌に対しEP療法後にアムルピシンが奏功した1例：坪谷一樹，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，山口雷蔵，藤澤正人（神戸大）78歳，男性。前立腺癌（cT3bN1M1a）に対しCAB療法施行中，多発リンパ節転移を認め，頸部リンパ節生検にて前立腺神経内分泌癌と診断。EP（エトポシド，シスプラチン）療法6コース施行後，PDとなり，次治療としてアムルピシンを投与し，6カ月間の奏功を認めた。アムルピシンの副作用は好中球減少（grade 3）のみで，GCSF製剤投与の必要なく外来で投与継続可能であった。その後，ノギタカン投与し，神経内分泌癌の診断から23カ月間の生存を得ている。

経会陰的，経尿道的ドレナージを施行した前立腺膿瘍の1例：宮本達貴，清瀬真一郎，豊島優多，細川幸成，林美樹（多根総合），藤本清秀（奈良県立医大）52歳，男性。繰り返す尿路感染症の精査目的に当科受診。既往歴は2型糖尿病および肝障害。CT，MRIにて左葉に2.4×2.2×2.0 cmの多房性の前立腺膿瘍を疑う所見。抗生剤加療するも改善なく，経会陰的・尿道的ドレナージを施行。TRUSガイド下で経会陰的ドレナージでは十分な膿瘍の回収は困難であったが，経尿道的ドレナージにてTRUS上での低エコー領域はすべて消失。その後は再発なく経過中である。経直腸的・経会陰的・経尿道的ドレナージの方法があるが，膿瘍の大きさ，性状などをふまえて慎重にドレナージ方法を検討する必要がある。

経尿道的ドレナージ術が有効であった前立腺膿瘍の1例：早川啓太，宮崎慎也，野村武史，塩田晃司，小山正樹，今田直樹（西陣）75歳，男性。慢性腎不全にて維持透析中。透析時に発熱あり，CTにて前立腺膿瘍を指摘。経会陰的膿瘍穿刺術を施行し，一旦軽快するも，1カ月ほどで再燃。経尿道的ドレナージ術を施行し，現在再燃なく経過している。前立腺膿瘍は前立腺疾患の約0.5～2.5%に認められる。治療は，抗菌薬投与による保存的加療となるが，感染制御ができない場合はドレナージの適応となる。経路としては経会陰的，経直腸的，経尿道がある。経会陰的，経直腸的ドレナージは，再燃しやすい一方で，経尿道的ドレナージ術では，再燃の可能性が低いと報告されている。本症例でも，経会陰的ドレナージ後，膿瘍再燃を認めたため，経尿道的ドレナージを施行した。

前立腺部尿道ステント留置中に発症した外陰部壊死性筋膜炎の1例：吉田和裕，山中邦人，山口泰広（明石市立市民）84歳，男性。前立腺部尿道ステント留置中，2週間以上続く発熱で紹介。CTにてステントの尿道内への脱落と，外陰部から会陰部にかけて広範な液体貯留とガス像を認めた。前立腺部尿道ステントが脱落したまま適切な処置を取らなかったことで，尿道が壊死または穿孔し外陰部壊死性筋膜炎に至ったと判断し，緊急でデブリドメントを施行した。術中所見では尿道と膿瘍腔に明らかな交通が確認できず，抗菌療法中に自然

閉鎖したものと判断した。その後も毎日創傷処置を継続したが、入院20日目に死亡した。外陰部壊死性筋膜炎は、使用されていた前立腺部尿道ステントの合併症として記載されていないものであったが、適切に管理していれば発症は防げたものであったと考える。尿道ステントは恒久的に使用できるものではないが、適切な管理のもと運用すれば、排尿障害に対するアプローチの1つとして検討に値するものである。

尿道周囲に発生した IgG4 関連疾患の 1 例：奥田洋平，栗林宗平，大草卓也，谷川 剛，松岡庸洋，宮川 康，吉岡俊昭（住友） 67 歳，女性。IgG4 関連ミクリツ病に対して膠原病リウマチ内科で経過観察中に尿勢低下を自覚。その7ヵ月後に撮像した CT で尿道周囲に腫瘤を認め、当科紹介受診となった。血清 IgG4 値は 580 mg/dl と著明に上昇。IgG4 関連疾患の関与が疑われ、経腔腫瘍針生検を実施。腫瘤の病理結果は IgG4 関連疾患であり、ステロイド内服加療を開始した。血清 IgG4 値は低下し、尿勢改善および腫瘤の縮小を認めた。

感染を契機に手術を行った男児重複尿道の 1 例：岩本明幸，岡本麻，松田旭央，中村雄一，松ヶ角 透，上野彰久，鈴木 啓，藤原敦子，内藤泰行，本郷文弥，浮村 理（京府医大） 特記すべき既往のない2歳，男児。陰茎根部の陥凹を主訴に近医小児科受診し当院紹介となった。陰茎根部背側には陥凹があり、ネラトンカテーテルの挿入が可能であった。解剖学的構造を把握するために膀胱尿道造影検査を施行し、副尿道と診断。副尿道とは2つの外尿道口を有するが、異常尿道は盲端に終わるものである。無症状であるため、3年経過観察したがその後1年で3回感染を繰り返したため摘出術を行った。組織診断は尿路上皮であり、副尿道の確定診断を得た。術後1年間の経過フォローで再発は認めていない。

尿管坐骨孔ヘルニアにより腎盂腎炎を発症した 1 例：伊藤拓也，山口唯一郎，藤本宜正（JCHO 大阪） 94 歳，女性。発熱を主訴に当科を受診。血液検査では炎症反応上昇認め、CT 検査で右水腎症を伴う右急性腎盂腎炎、尿管坐骨孔ヘルニアと診断。逆行性尿管造影では右尿管に Curlicue sign を認め、右尿管ステントを留置。抗生剤加療にて症状軽快し退院となる。尿管坐骨孔ヘルニアに対する治療は有症状であれば尿管ステント留置による整備や腹腔鏡やロボット支援下手術による根治療法が施行される。本症例は高齢であり腎盂腎炎再発のリスクを考慮し、尿管ステント定期交換を施行しているが、症例ごとに手術療法や尿管ステント抜去などの治療法選択をすることができる。

両側尿管狭窄に対して回腸尿管による上部尿路再建術を施行した 1 例：岡 利樹，井之口舜亮，河田信彦，谷 優，朝倉寿久，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，女性。子宮頸癌に対する化学放射線療法後の局所再発に対して広汎子宮全摘出術，膣全摘術，骨盤および傍大動脈リンパ節郭清術を施行。術後より右尿管狭窄および左尿管腔瘻による両側尿管狭窄を認めたため、回腸尿管による上部尿路再建術を施行。術後1年経過した現在、尿路感染症で1回入院加療要したが、カテーテルフリーで経過している。回腸尿管による上部尿路再建術は現在では主に手術中の尿管損傷や後腹膜線維症，放射線照射後の線維化などによる尿管狭窄に対して広く行われている。以前は放射線照射後の回腸尿管は瘻孔形成のリスクから避けるべきとされていたが、近年では安全に施行できるといふ報告が増加している。

尿管総腸骨動脈瘤による血尿に対して血管内ステントグラフト留置が著効した 1 例：元木佑典，駒井資弘，村上彰悟，中本喬大，三島崇生，西田晃久，室田卓之（関西医大総合医療セ），米虫 敦（同放射線科） 85 歳，女性。放射線加療後の尿管狭窄に対して尿管ステント留置し、外来にて定期交換中の患者。血尿および高度貧血（Hb：4.0 g/dl）を認め緊急入院。輸血を行い貧血が改善したため、尿管ステントの交換を試みるも尿管ステント交換時の逆行性腎盂尿管造影中に尿管カテーテルより拍動性出血あり、処置に伴う出血と判断し尿管ステ

ントを抜去して経過観察とした。その後、血尿の改善を認めず貧血も進行し、また、膀胱タンポナーデも発症し血腫除去術も施行した。その際に膀胱鏡にて尿管口からの持続出血を確認し、経過から尿管総腸骨動脈瘤と診断した。放射線科にて、血管内ステントグラフト留置術を施行。血管内ステントグラフト留置後より血尿消失し貧血も改善を認め退院した。

新生児期に電解質異常に陥った出生前診断された水腎症の 1 例：田中 亮，松山聡子，松井 太，矢澤浩治，松本富美（大阪母子医療セ） 日齢28，男児。胎児期に両側水腎症を指摘。出生時も水腎症改善なく（SFU grade：右 4，左 1），当科紹介となった。日齢27から嘔吐，哺乳不良を認め、当科受診した。血液検査で、代謝性アシドーシス，低 Na，高 K 血症を認め、血中アルドステロン濃度 9,779 pg/ml，レニン活性 45 ng/ml/hr と上昇しており，続発性偽性低アルドステロン症と診断した。腎臓造設，外液投与にて電解質異常は改善，第7病日に退院した。第34病日に右腎盂形成術を受け，電解質異常の再燃を認めず経過している。続発性偽性低アルドステロン症は，尿路感染症・尿路奇形に合併し，アルドステロン作用不全のために Na 喪失，K 排泄障害，代謝性アシドーシスを来す稀な疾患である。今回われわれは，先天性水腎症に合併した続発性偽性低アルドステロン症の 1 例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

精巣上体に限局した結節性多発動脈炎の 1 例：山本哲也，高橋輝，小倉涼太，本田俊一郎，中村晃和，藤戸 彰（済生会吹田） 53 歳，男性。両側陰囊の疼痛で受診。感染性精巣上体炎として治療を開始したが改善せず，特異的な膠原病マーカーにも異常がないため右陰囊の開放生検を行った。病理所見では確定診断がつかなかったが，診断的治療としてステロイドの内服を開始した。その後炎症所見，自覚症状ともに改善したため精巣上体限局型結節性多発動脈炎として矛盾しないと考えた。同疾患の発生頻度はごく低く，多くの例では腫瘍を疑い精巣摘出術を行い診断されており，われわれが調べた限りでは精巣および精巣上体が温存できた例は自験例を含め3例であった。本症例では診断的治療としてステロイドを投与することで精巣を温存することが可能であった。

精巣区域梗塞の 2 例：高田秀明，畑野翔太郎，土橋一成，西川信之，石戸谷 哲（大津赤十字） 41 歳と 34 歳，男性。いずれも陰囊痛を主訴に受診され，造影 MRI で精巣区域梗塞と診断した。精査の結果，特発性と考えられた。精巣摘除術は行わず，保存的に経過観察中である。精巣区域梗塞は稀な疾患で本邦では16例が報告されているにすぎない。20～40歳代に多く，精巣腫瘍，精巣上体炎，精巣捻転との鑑別が重要で，カラードブラエコーや MRI が診断に有用とされている。病因としては鎌状赤血球症や血管炎といった直接的血管障害，炎症や捻転，外傷による間接的血管障害，医原性などが挙げられるが，約7割は特発性とされている。本邦の報告では精巣腫瘍が除外できないこと，抗精子抗体産生が危惧されることを理由に精巣摘除に踏み切っている報告が多い。一方，海外文献では意見が分かれるものの，特に若年例では精巣を温存し経過観察としている報告が近年増えている。

性器ヘルペスと見誤りやすい梅毒：梶田洋一郎（梶田泌尿器科クリニック） 開院後2011年10月から2019年8月までに26例の梅毒症例の治療を行った。性別は男性25例，女性1例。病期は第I期20例，第II期2例，潜伏梅毒4例であった。うち6例は当初性器ヘルペスと診断し治療を行っていた。皮疹に痛みがある場合，皮疹周囲に皮下硬結を認める場合，鼠径リンパ節の圧痛が軽度である場合は梅毒の可能性を考えるべきである。治療においてはアモキシシリン水和物がしばしば用いられるが，必要な1日投与量が1,500 mg であり通常の感染症で用いられる1,000 mg よりも多いことに留意しなければならない。治療効果の判定には RPR 値が有用であり，診断時から定量化しておく必要がある。