

## 第231回日本泌尿器科学会東海地方会

(2006年3月12日(日), 於 中外東京海上ビルディング)

腎オンコサイトーマの3例: 奥村敬子, 加藤久美子, 古橋憲一, 鈴木弘一, 吉田和彦, 村瀬達良(名古屋第一赤十字) オンコサイトーマは好酸性で顆粒状の細胞形質を有する細胞からなる良性腫瘍で, 腎腫瘍の3~4%を占める。偶発的に発見された腎オンコサイトーマの3例を報告する。69歳, 女性, 右腎の径3.5cmの腫瘍。術前画像診断でオンコサイトーマは念頭になく, 腎細胞癌と考へて腎摘を施行。74歳, 男性, 右腎の径4cmの腫瘍。術前のCT, MRIで一部lowな部分を認めたため, 腎細胞癌を考へて腎摘を施行。このLDAは病理で組織の浮腫と判明した。対側を腎細胞癌で腎摘した既往を持つ65歳, 女性。左腎の径2cmの腫瘍。術前造影CTで境界明瞭でやや造影効果のある腫瘍であり, オンコサイトーマを疑って腎部分切除を行った。直径5cm以下のオンコサイトーマは術前診断が困難な場合が多いが, 画像の特徴的所見を捉える努力が必要と思われた。

腎原発 Primitive neuroectodermal tumorの1例: 浅野智成, 加藤成一, 竹内敏視, 坂 義人(岐阜市民), 山田鉄也(同中央検査部), 山本直樹(岐阜大) 33歳, 女性。2005年4月に右腰部痛, 発熱で近医受診。エコーにて右腎に腫瘍を認め当院紹介。2005年5月17日に全麻下にて経腹的右腎摘出術を施行した。摘除標本では下極に径8cmの充実性腫瘍を認め, 病理診断は腎原発性 PNET であった。EWSR1(22q12)二色分離プローブを用いた FISH 解析では10%以上にbreakpartの所見があり EWS 遺伝子の転座が証明された。術後, CDDP, VP-16 を3コースおよび局所照射 50 Gy 施行した。術後9カ月経過した現在も再発なく生存中である。腎原発性 PNET は海外含め58例目であった。

鼻腔転移を伴った腎癌の1例: 山田泰司, 大西毅尚, 西川晃平, 長谷川嘉弘, 曾我倫久人, 金原弘幸, 有馬公伸, 杉村芳樹(三重大) 70歳, 男性。鼻出血を主訴に耳鼻科受診。腫瘍切除されたところ腎細胞癌であった。CT 上右腎癌を認め当科紹介された。精査にて鼻腔以外明らかな転移を認めず, 根治的腎摘術施行, clear cell carcinoma, G2, v(+), INF $\alpha$ , pT1b, pN0 であった。術後療法は施行せず, 術後3カ月経過しているが再発の兆候は認めていない。鼻腔, 副鼻腔の悪性腫瘍はそのほとんどが原発性であり, 転移性のものは少ないとされている。Bernstein らによる鼻腔, 副鼻腔の転移性腫瘍の統計によると82例中40例48.8%が腎原発で最も多いと報告している。今後腎癌患者が鼻出血/鼻閉などの症状を訴えた場合, 鼻・副鼻腔転移の可能性も念頭に置くことも必要と考えられた。

両側腎細胞癌を合併した多発性嚢胞腎の1例: 坂元宏匡, 東 新, 西尾恭規(静岡県立総合) 症例は50歳, 男性。1988年(33歳)多発性嚢胞腎に伴う慢性腎不全にて血液透析開始, 1999年(44歳)血尿出現, 2005年(50歳)には貧血の急激な進行, 右側腹部痛出現, 9月15日当院腎臓内科に受診, MRI, CTにて嚢胞内出血認めるも, 腫瘍指摘できず, 9月30日出血部位精査のため, 当科初診, 尿細胞診 class 1, 膀胱鏡にて病変認めず, 腎性出血と判断, 11月15日両側腎摘除術施行。仰臥位, 腹部正中切開にて施行。両側とも高度の嚢胞性変化が見られたが, 周囲との剥離は容易であった。右腎 840g, 左腎 910g。嚢胞内に石灰化や出血認めるも, 明らかな腫瘍性病変は認めなかった。病理組織診では両側に多発性に異型度の低い腎細胞癌を認めた。術後3カ月にて再発なく生存中である。

術前に腎細胞癌との鑑別が困難であった腎血管筋脂肪腫の1例: 青木高広, 永田仁夫, 原田雅樹, 大塚篤史, 新保 斉, 鶴 信雄, 古瀬洋, 麦谷荘一, 牛山知己, 鈴木和雄, 大園誠一郎(浜松医大) 39歳, 女性。自覚症状なし。2005年7月検診エコーで左腎に径1.7cmの腫瘍性病変を指摘され, 2次検診の腹部CTで左腎下極内側寄りに, 単純で腎実質と等濃度, 内部が不均一に造影される腫瘍性病変を認め, 10月当院受診。T1強調MRIで等~低信号を示し, 腎細胞癌が疑われた。12月5日腹腔鏡下左腎摘除術を施行した。腫瘍の大きさは1.3×1.8×1.5cmで, 病理診断は腎血管筋脂肪腫であった。文献上, 腎血管筋脂肪腫は脂肪成分により腎実質と比べ, エコーで高エコー, CTで高濃度, T1強調MRIで高信号を示すことが多いとさ

れるが, 自験例ではこれらとは異なる画像所見で脂肪成分が確認できず, 鑑別が困難であったと考えられた。

腎動静脈奇形の破裂により後腹膜出血を来した1例: 萩倉美奈子, 田中国晃, 岡本典子, 近藤厚哉(刈谷総合), 水谷 優(同放射線) 51歳, 男性, 主訴腹痛, 既往歴胆石症。現病歴, 体動時に突然の右側腹部痛出現し, 当院救急外来受診。腹部造影CTにて右腎周囲を中心とした血腫と後腹膜への大量出血が認められた。腎出血の診断と治療目的に緊急血管造影施行。右腎下極分岐部より腎外へ流出する, 動脈性の造影剤の漏れを確認した。腎動静脈奇形の破裂に伴う後腹膜出血と診断し, 動静脈瘻の中核側へ, 金属コイルを用いて, 選択的に塞栓術を施行した。塞栓術後27日CTにて再出血は認められなかった。腎動静脈奇形は血管造影によりnidusを伴うcirroid typeと, aneurysmal typeに分類されるが, 本症例は, aneurysmal typeの動静脈奇形の自然破裂に伴う後腹膜腔への出血と考えられ, 大変稀な症例であった。現在術後3カ月で経過良好である。

副腎皮質癌7例の臨床的検討: 金子朋功, 小島祥敬, 柴田泰宏, 窪田泰江, 伊藤恭典, 橋本良博, 戸澤啓一, 林 祐太郎, 郡 健二郎(名古屋大) われわれは副腎皮質癌7例を経験し, 診断と治療についての検討を中心に報告する。症例は男性3名, 女性4名, 年齢は34~79歳(平均年齢57歳)である。症例1はT2N0M0臨床病期2の診断にて右副腎腫瘍摘出術施行した。症例3は腸骨部腫瘍を合併しており, 原発巣特定が困難であったためAD4BP-SF1の免疫染色を用い, 副腎癌と診断した。T2N0M1臨床病期4の診断にてMitotane開始した。病期がすすんだ段階では手術により根治, 延命効果は必ずしも期待できず, 巨大腫瘍, 有転移症例ではmitotaneによる治療も十分, 選択肢の1つと考えられた。また, 診断に苦慮する症例ではAd4BPによる免疫染色が診断に有効であり, 今後, マーカーの1つになり得る可能性が示唆された。

右尿管平滑筋腫の1例: 成瀬克也, 山田芳彰, 飛梅 基, 青木重之, 瀧 知弘, 本多靖明(愛知医大), 原 一夫(同病理), 加藤慶太郎(名古屋掖済会), 都築豊徳(名古屋第二日赤), 佐井紹徳(サイ皮膚泌尿器科) 38歳, 男性。逆流性食道炎および胃潰瘍にて近医内科通院中, スクリーニング目的の腹部CTで右水腎症を指摘され近医泌尿器科紹介受診となる。DIPにて右尿管下端陰影欠損を認め, CT上右尿管腫瘍が疑われたため2005年8月31日当院紹介受診。9月16日左尿管鏡施行。腫瘍箇所にも明らかな隆起性病変は認めず, 粘膜下腫瘍が疑われた。同箇所を生検行いが悪性所見は認められなかった。11月11日右尿管部分切除術施行, 術中迅速病理診断にて悪性所見のないことを確認し, 尿管端々吻合術を施行した。病理診断は尿管平滑筋腫であった。尿管平滑筋腫は尿管発生の良性腫瘍としては稀であり, われわれの調べた限りでは本症例が10例目である。

左尿管に発生した子宮内膜症の1例: 春日井 震, 舟橋康人, 木村恭祐, 深津顕俊, 上平 修, 松浦 治(小牧市民) 47歳, 女性。既往に, 過多月経, 帝王切開, チョコレート嚢腫による左卵巣の摘出, 子宮筋腫の診断があった。2005年7月初旬, 左腰部痛で近医を受診, 左水腎症・水尿管を指摘され, 当科を受診した。逆行性腎盂造影で, 左尿管中部に3cmの陰影欠損を認め, 尿管鏡下生検を施行。検体はfibromuscular spindle cell tumorと診断された。悪性の可能性も否定し切れなかったため, 腹腔鏡補助下に左尿管全摘術を施行した。病理診断は, Extrinsic type主体のMixed typeの子宮内膜症であった。尿管子宮内膜症の症例は術前診断がつけがたく, 本症例の様に, 尿管全摘術の適応となることも少なくない。尿管子宮内膜症について, 若干の文献的考察を加え, 報告した。

両側単一尿管異所開口の1例: 藤本浩明, 植木常雄, 吉野 薫, 谷風三郎(あいち小児保険医療総合) 女児, 主訴発熱, 生後4カ月で当科受診。著明な水腎水尿管症を認め, 膀胱容量は5ml, 右尿管口は外尿道口脇の外陰部, 左尿管口は膀胱頸部付近の尿道左壁の異所開口であった。膀胱容量増加目的に生後6カ月で両側膀胱尿管側々吻

合を施行した。術後6カ月で膀胱容量は50 mlまで増加した。術後7カ月目に膀胱尿管逆流防止術(P-L法)を行った。術後1年6カ月(2歳7カ月)現在、膀胱尿管逆流を認めず、膀胱容量は65 mlまで増大しており、現在トイレットトレーニング中であるが尿失禁は認めていない。出生後早期に膀胱尿管側々吻合を行うことで、いわゆる“Bladder Cycling”を獲得でき、膀胱の正常な発育を促した可能性がある。

**内部に結石を認めた両側尿管瘤の1例**：北瀬悠磨，神沢英幸，濱本周造，水野健太郎，加藤 誠，岡村武彦(安城更生) 膀胱刺激症状・排尿障害を主訴に受診。既往歴は膀胱炎，尿路結石。尿検査では異常所見を認めず，腹部超音波検査にて膀胱内部に acoustic shadow を伴う結石陰影を認めた。IVUにて両側 Cobra head sign と膀胱内に20 mm 大の複数結石を認めたが，水腎・尿管は認めなかった。膀胱鏡，腹部CT施行し，両側単純性尿管瘤ならびに同瘤内結石と診断した。経尿道的に両側尿管瘤に切開を加え，結石を膀胱内に摘出したのち，碎石術を施行した。術後VUR予防のため，尿管瘤起始部膀胱頸部側に約10 mmの横切開とした。結石成分は磷酸カルシウム64%，硫酸カルシウム36%であった。術後IVUにて尿管瘤の縮小を認めた。現在3カ月経過し，発熱や結石の再発は認めていない。

**尿道嵌頓を繰り返した多発尿管結石の1例**：彦坂和信，佐々木ひと美，篠原 聡，森 紳太郎，伊藤 徹，丸山高広，宮川真三郎，日下守，早川邦弘，白木良一，星長清隆(保衛大) 症例48歳，女性。スリランカ出身。既往歴：なし。現病歴：排尿困難，外陰部痛が出現。外尿道口に結石の嵌頓を認め，径11 mmの結石を摘出。6日後に再度受診。その後同様の結石の尿道嵌頓を繰り返すため入院。腹部USで膀胱に石灰化を認め，膀胱鏡で膀胱内に結石はなく，左尿管口の膨隆と膀胱粘膜の浮腫を認めた。IVPで左尿管下端から連なる陰影欠損像を認めた。CTでは左腎内に石灰化像はなく，膀胱壁内尿管に数珠繋ぎになった石灰化像を認めた。多発左尿管結石と診断し経尿道的摘出術を施行。膀胱内に計9個の結石を認め摘出し左尿管口の膨隆に横切開を加え2個摘出。いずれも10 mm前後の尿酸結石であった。術前も含め計16個の結石を摘出した。

**膀胱褐色細胞腫の1例**：石田健一郎，土屋邦洋，谷口光宏，多田晃司，酒井俊助(県立岐阜)，岩田 仁(同病理)，亀井信吾(岐阜大) 症例：33歳，女性。産婦人科のMRIにて膀胱壁異常を指摘され，当科紹介となった。高血圧，排尿時発作，血尿を認めていなかった。膀胱鏡検査にて左側壁から前壁にかけて表面平滑な粘膜下腫瘍を認めた。CTでは造影される3 cm大，卵円形の膀胱腫瘍を筋層内に認め，MRIではT1でややhigh，T2で著明なhigh intensityを呈した。経皮的針生検を施行し，結果は褐色細胞腫であった。血中ノルアドレナリン2,313 pg/ml(100~450 pg/ml)，尿中ノルアドレナリン640.9 μg/day(48.6~168.4 μg/day)と，血中尿中ともにノルアドレナリンのみ高値を認め，MIBGシンチにて他の部位に集積を認めず，膀胱原発の褐色細胞腫と診断した。膀胱部分切除術を施行したが，術中血圧の変動を認めなかった。術後3カ月経過した現在，血中尿中カテコラミン値は基準範囲内，画像でも再発を認めていない。

**好酸球性膀胱炎の1例**：坂田裕子，鈴木竜一，日置琢一(鈴鹿中央)，村田哲也，馬場洋一郎(同病理) 56歳，女性。排尿時痛と頻尿を主訴に近医を受診し，急性膀胱炎の診断で抗生剤投与を受けたが改善なく膀胱鏡検査にて膀胱癌を疑われ，当科に紹介された。膀胱後壁より頂部にかけての広範な隆起性病変を認め，MRIにて膀胱壁外への浸潤を伴う膀胱癌を疑われたが膀胱鏡下生検にて悪性所見はみられなかった。TURによる深層までの生検を行い，好酸球性膀胱炎と診断した。その後症状は自然軽快し，粘膜病変も自然消失した。好酸球性膀胱炎は粘膜より筋層に及ぶ好酸球浸潤を特徴とするアレルギー疾患とされ，治療は通常抗ヒスタミン薬やステロイドが使用されるが，本症例のように明らかな原因を同定できない例，無治療にて自然消失がみられた例も報告されている。膀胱鏡や画像所見では膀胱癌との診断が困難な場合，深層までの生検が必要と考えられる。

**Free air を認めた気腫性膀胱炎の自然破裂の1例**：福原信之，古川亨(市立半田)，小出史彦(同外科) 症例は52歳，女性，発熱と右側腹部痛を主訴に受診，急性腎盂腎炎の診断で入院となった。腹部全体にも疼痛があり，腹部CTでfree airを認めたため消化管穿孔の疑

いで手術となった。消化管穿孔はなく，膀胱穿孔が疑われた。子宮癌で放射線療法の既往があり，尿培養では*E. coli*が検出された。神経因性膀胱から気腫性膀胱炎，自然破裂と診断した。1日5回の自己導尿を指導し退院となった。現在再発は認めていない。

**放射線性膀胱炎に伴う膀胱破裂の1例**：浅井健太郎，中野洋二郎，武田宗万，伊藤浩一(陶生) 76歳，女性。2005年5月31日下痢，腹痛あり，6月3日無尿，下腹部痛増強したため当院受診。消化管穿孔を疑い緊急手術を施行したが，術中膀胱破裂と判断し縫合閉鎖した。過去に子宮頸癌術後放射線治療を受けていたため，放射線性膀胱炎に起因する穿孔と考えた。本症例では，下痢，しぼり腹による腹圧の上昇が，膀胱壁破綻の原因と考えた。近年，子宮頸癌術後放射線療法による放射線性膀胱炎に起因する穿孔報告例が増加している。治療法は縫合閉鎖が最も多いが，近年になり保存的療法の報告が増えている。退院後の検査上，腹圧排尿のパターンを示し，膀胱は低コンプライアンスであり，VURを認める。退院後，カテーテル留置を続け再発はない。

**膀胱平滑筋腫の2例**：荒瀬栄樹，松浦 浩，栃木宏水(三重県立総合医療セ)，亀田晃司(日下) [症例1] 72歳，女性。2005年7月腹痛・肉眼的血尿出現。膀胱鏡にて頸部に5 cm大の粘膜下腫瘍，CTにて表面平滑な等濃度，MRI T1で筋組織と同等の軽度低信号，T2で全体に低~中信号で筋組織と比較して軽度高信号な腫瘍を認め，膀胱平滑筋腫を疑い，同年8月膀胱部分切除術を施行。[症例2] 35歳，女性。2005年10月肉眼的血尿出現。膀胱鏡にて前壁に2 cm大の粘膜下腫瘍，CT・MRIにて症例1と同様で，膀胱平滑筋腫を疑い，同年11月TUR-Bt施行。いずれも病理診断は膀胱平滑筋腫。[考察]膀胱平滑筋腫の治療法は，経腹的腫瘍核出術・膀胱部分切除術，TUR-Bt，経過観察が考えられ，患者様に合わせて治療を選択できる。

**膀胱 Paraganglioma の2例**：岡田真介，安井孝周，早瀬麻沙，成山泰道，吉村 妻，秋田英俊，丸山哲史，佐々木昌一，林 祐太郎，郡 健二郎(名古屋大)，池井和紀(東海中央) 症例1：43歳，女性。2005年7月貧血の精査中に子宮筋腫を指摘されMRI施行，膀胱腫瘍が認められ10月3日当科入院。膀胱鏡で膀胱右側壁に広基性非乳頭状の腫瘍を認め10月7日膀胱生検を施行，paragangliomaであった。膀胱生検時，一時的に血圧の上昇と頭痛，嘔吐が認められた。副腎MIBGシンチ，CTにて多臓器に異常所見は認められず腫瘍に対し12月20日膀胱部分切除術を施行した。症例2：58歳，男性。無症候性肉眼的血尿にて2005年11月7日当科受診。膀胱鏡にて膀胱後壁に広基性腫瘍を認め12月20日TUR-Bt施行，paragangliomaであった。副腎MIBGシンチ，CTにて多臓器に異常所見は認められなかった。2例とも再発なく経過観察中である。

**前立腺癌内分泌治療中に出現した前立腺小細胞癌の1例**：千田由理，玉木正義，前田真一(トヨタ記念) 症例は71歳，男性。2000年5月，右下肢の浮腫，右ソケイリンパ節腫脹を主訴として当科を受診した。リンパ節転移を伴う前立腺中分化腺癌ステージD1と診断し，内分泌療法を開始した。血清PSAは0.3未満に低下し，4年を経過した。2004年7月に食欲不振にて内科受診。CTにて肝に多発性腫瘍が認められ，8月肝生検を施行したところ小細胞癌が認められた。他に原発巣を認めなかったため，前立腺癌の小細胞癌転化を疑い，再度前立腺生検を施行したところ，小細胞癌を認めたため前立腺小細胞癌と診断した。PE化学療法(CDDP，ペブシド)を4コース施行し，肝転移・原発巣は縮小し，CEA・NSEも低下した。2005年1月CEA・NSEの再上昇を認めたため，PE化学療法5コース目を施行したが，全身状態徐々に悪化し診断より8カ月目で死亡した。

**前立腺全摘術後の恥骨骨髓炎の1例**：山田佳輝，増栄孝子，宇野雅博，米田尚生，藤本佳則(大垣市民) 51歳男性。2004年6月にPSA検診で12.1 ng/mlあり外来受診。生検にて前立腺癌と判明しCT・MRI・骨シンチ行い病期Bと診断。約2カ月間抗男性ホルモン投与後，2004年8月に前立腺全摘術を施行した。術後経過は良好で術後14日目に退院となる。以降，PSA<0.008 ng/dlと良好で外来経過観察中であったが2004年10月頃より恥骨痛が出現し鎮痛剤で経過も痛みが増悪し11月頃からは歩行困難となった。整形外科で紹介しX線撮影・MRIにて恥骨融解像を認め，2004年12月に骨生検行い恥骨骨髓炎と診断に至った。その後，抗生剤使用により痛みは改善し

2005年2月頃からは歩行もできるようになった。現在、外来にて経過観察中であるが、PSA<0.01 ng/dl で痛みもなく経過良好である。前立腺全摘術後の恥骨骨髄炎の1例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

前立腺尿管異所開口を有する前立腺癌に対し、前立腺全摘除術を施行した1例：舟橋康人，上平 修，春日井 震，木村恭祐，深津顕俊，松浦 治（小牧市民） 症例は71歳，男性。2005年8月 PSA 8.0 ng/mlにて前立腺針生検施行し，中分化腺癌との病理診断であった。腹部CT，骨シンチにて転移の所見を認めず。術前検査にて右側完全重複尿管を認め，上位尿管は前立腺部に開口していた。腎静態シンチでは右腎に欠損像認めず，右上位尿管の温存が必要と判断された。2006年1月前立腺全摘除術施行。当初，尿管膀胱新吻合を試みたが，右側の2本の尿管は common sheath に包まれており，剥離は困難だったため，上位尿管を近傍の下位尿管に端側吻合した。重複尿管が疑われる前立腺癌に対し前立腺全摘除術を行うにあたっては，異所開口の可能性も念頭に置き，術前に十分な評価を行うことが重要と考えられた。

後腹膜巨大腫瘍 (Malignant Fibrous Histiocytoma) の1例：倉光俊一郎，神沢英幸，濱本周造，水野健太郎，加藤 誠，岡村武彦（安城更生） 77歳，女性。2005年7月腹部巨大腫瘍を主訴に内科より当科に紹介受診。腹部造影CT上臍直下から膀胱直上にかけて径22×17cmの巨大腫瘍を認めた。右腎の偏位が強く，境界不明瞭であったため，右腎腫瘍が疑われた。動脈造影検査にて一部腸間膜由来の血流を認めたが，後腹膜から血流が豊富であり，右腎由来の腫瘍として矛盾しなかった。右腎動脈，右第2，第3腰動脈塞栓術施行後の2005年8月30日に後腹膜巨大腫瘍摘除術を施行するも，腸管（回盲部から上行結腸）への癒着が強く，同部の自壊による播種，癌性腹膜炎の状態と考えられたため生検のみ施行。病理所見は悪性線維性組織球症であった。術後急激に状態が悪化し悪質液で2005年9月11日死亡した。

骨盤腔内 Malignant fibrous histiocytoma (MFH) の1例：小林一昭，荒木富雄（上野総合市民） 患者は63歳，男性。頻尿を主訴に2005年1月当科を受診。下腹部に巨大な腫瘍を触知し，US，CTで骨盤内に巨大な腫瘍を認め，膀胱は右方に著明に圧排されていた。左水腎，尿管を認め，血管造影では腫瘍辺縁部に腫瘍血管の増生を認め，内腸骨，下腹動脈からの feeding を認めた。骨盤内後腹膜原発の肉腫を疑い，1月26日腫瘍摘出術を施行した。腹膜との癒着は認めず，左骨盤壁からの剥離も容易であった。膀胱との癒着は軽度であり，剥離可能であった。2,100gの腫瘍を摘出した。摘出標本の病理組織検査で malignant fibrous histiocytoma (MFH) と診断された。術後補助療法は施行せず，1年を経過したが再発，転移の所見は認めない。

発症8日後に手術をした陰茎折症の1例：小川将宏，塩田隆子，石田 亮，錦見俊徳，山田浩史，横井圭介，小林弘明（名古屋第二赤十字） 26歳，男性。2005年11月9日，午前8時頃，ベッドの中で横に転がった際，ベッドと体で勃起している陰茎をはさみ込み，その後陰茎が腫脹してきたため，同日当科を受診。臨床学的所見，MRIより陰茎折症と診断。緊急手術は希望されず，当初は保存的治療を試みた。7日目に再度MRIを施行し，画像を見せると手術を希望されたため，発症8日目に手術を行った。術後3カ月経過するが，合併症を認めていない。陰茎折症に対する delayed repair は世界で数例の文献報告がある。それによれば，合併症の危険が上がるという一方で，出血の吸収で手術が易しくなるとされている。現状では緊急手術が勧められるが，保存的治療で合併症なく経過する例も多く報告されており，これから種々の治療やその適応について検討していく必要があると考えられた。

尿道下裂術後の尿道再建術の経験：谷風三郎，吉野 薫，藤本浩明（あいち小児保健医療総合センター） 尿道下裂術後の高度合併症に対する尿道再建術は局所の皮膚が瘢痕化している症例が多く，また十分な皮膚の余剰もないため，口腔粘膜を利用した尿道再建術が推奨されている。口腔粘膜は進展性に優れ，組織学的に遊離弁として用いても血行再開に有利であることが証明されている。今回は最近2年間に当センターで4例（手術年齢7，11，16，19歳）の尿道下裂不成功例に対して尿道再建術を行い，1例で尿道皮膚瘻，1例で亀頭部の離開が生

じたものの患者の満足度は高く，排尿状態も改善した。このような症例に対しては口腔粘膜による尿道再建術の有用性は高いと思われた。ただ文献的に10年を越える長期にわたる経過観察の報告に乏しく，今後長期にわたり経過をみる必要がある。

おたふくかぜ生ワクチン接種により精巣炎を発生した成人男性の1例：矢田康文，廣田英二，増田健人，小島宗門（名古屋泌尿器科），早瀬喜正（丸善ビルクリニック） 35歳の男性，左陰嚢の痛性腫脹，高熱を主訴に2005年12月22日に当院初診。患者は同11月29日に近医にておたふくかぜ生ワクチンを接種，12月19日に発熱，左耳下腺腫脹，左下腹部痛および左精巣痛を自覚していた。初診時，左精巣は腫脹し圧痛を認めたが尿検査，血算，血液生化学検査は正常。また左精巣は陰嚢超音波断層法で内部エコー不均一，右精巣に比し腫大し，超音波ドプラ法では血流亢進を認めた。以上よりおたふくかぜ生ワクチン接種後精巣炎と診断し安静加療した結果，3日後に解熱，4日後には左精巣腫脹は軽快した。なお初診時のムンプス IgM インデックスは14.98（基準値0.80未満），IgG インデックスは53.6（基準値2.0未満）と高値を示していた。

14年後に再発を認めた精巣腫瘍の1例：内木 拓，永田大介，河合憲康，安藤 裕（名古屋市立東） 患者は43歳，男性。29歳時に左精巣腫瘍と腹部傍大動脈リンパ節腫大を認めた。AFP，LDH，hCG-βの高値も認め，高位左精巣摘除術施行し embryonal carcinoma との病理診断にてBEP療法を6クール施行。AFP，hCG-β，LDHの正常化認め，RPLNDを施行し viable cell を認めず pCR と診断した。今回AFP，LDHの高値を認めCTにて肺門腫瘍影を認めて TBLB が施行された。HE上今回の肺門腫瘍は精巣原発で矛盾せず，肝臓にmassを認めず，GIFでも明らかな病変はないため，14年後の精巣原発の embryonal carcinoma の肺門への late relapse と診断し，salvage chemotherapyにて second line である VeIP 療法を施行した。

#### 特別企画

治療に難渋した腎癌骨転移の1例：麦谷莊一，大園誠一郎（浜松医大） 51歳，男性。2000年11月，腎癌骨転移（仙骨部10cm大）の診断にて左腎摘除術を施行した。術後IFN-αとIL-2の併用療法を開始した。2002年5月，高Ca血症のため骨転移巣に放射線療法を施行し，Ca値の低下は認められたが，仙骨部腫瘍はNCであった。2004年3月より，転移巣の増大（PD）を認めた。2005年5月，消化器症状・全身倦怠感のため再入院した。状態の改善を待ってIFN-αとIL-2の併用療法を継続したが，同年10月に癌死した。なお，全経過を通じ，高Ca血症に対してビスフォスフォネートを投与した。本症例は，初診時より大きい骨転移巣を有した stable disease であったため，免疫療法を継続した。最終的にはPDとなり癌死したが，免疫療法が無増悪期間の延長とQOLの維持に寄与したと考えられた。

生体腎移植直後に腎機能低下をきたし促進型拒絶反応と抗リン脂質抗体症候群の鑑別が困難であった1例：日下 守，石瀬仁司，佐々木ひと美，森川高光，丸山高広，宮川真三郎，早川邦弘，白木良一，星長清隆（保衛大） 36歳，女性。ループス腎炎により血液透析導入を受け，母親をドナーとする生体腎移植術を施行。輸血歴（+）。血液型はA（+）→AB（+）。術前CDCはanti T1，anti WB4。Flow PRAはclass I 28%，class II 0%。ドナー特異的な抗体は存在せず。免疫抑制療法はCsA，MMF，steroidにBasiliximabを併用した。術後3日目に尿量著減をきたし，open biopsy 施行。促進型拒絶反応と診断し，CsA→Tacrolimusに変更し血漿交換3回とDSGを10日間投与した。Flow PRA抗体値は移植後著明に増加していた。腎機能低下の原因は，抗ドナー抗体の関与と後に判明した抗リン脂質抗体症候群両者の関与が疑われた。様々な合併症を併発し術後5カ月にグラフトロスに至った。

診断に苦慮した水腎症の1例：丸山哲史，林 祐太郎，郡 健二郎（名古屋市大） 生後1週間の男児。胎児期より左水腎症あり。腹部CTにて著明に拡張した左腎盂および尿管を認めた。皮質は厚く造影効果あり。拡張した尿管は膀胱後面まで認めた。利尿レノグラムではGFRの低下はないものの閉塞パターンが持続した。開口部位の確定目的で1歳時に内視鏡を施行した。右側と対称的な位置の左側に尿管口を認めた。逆行性尿路造影を施行したが，尿管および腎盂に拡張を認めなかった。腎杯が少数で典型的な像ではなかったが，外下方への

変位を認めた。DMSA 腎シンチグラムでは上腎機能が有意の重複腎盂尿管としても矛盾しない所見であった。引き続き、後部尿道を丹念に観察し、精阜左側にスリット状の陥凹を認めた。同部からの造影で著明に拡張した尿管および腎盂を認めた。以上から上位腎機能が優位(27:10%)の重複腎盂尿管および尿管異所開口と診断した。

**両側副腎腫瘍の1例**：西川晃平，大西毅尚，長谷川嘉弘，山田泰司，曾我倫久人，金原弘幸，有馬公伸，杉村芳樹（三重大） 46歳，女性。既往歴に統合失調症，糖尿病。右腰部痛があり近医受診。CT 上両側副腎の腫大を認め当科紹介。当初両側副腎癌と考えていたが，その後の CT にて腫瘍の急激な増大を認め，また LDH の急上昇，可溶性 IL-2 レセプターは異常高値を示した。そのため，CT ガイド下生検を施行。Diffuse large B cell lymphoma と診断され，CHOP-R 療法を8コース施行し PR をえたが，統合失調症の悪化を認め治療中断。現在は外来経過観察中であるが6カ月経過した現在明らかな腫瘍の増大は認めていない。副腎原発悪性リンパ腫は本邦で約40例，海外でも100例ときわめて稀な疾患であるが，適切な治療が行われた場合は予後の改善が見込めるため，早期の診断が重要と考えられる。

**診断治療に難渋した後腹膜腫瘍の1例**：石田陽子，服部良平，松川宜久，山本徳則，後藤百万，小野佳成（名古屋大） 19歳，男性。2005年7月頃より左側腹部痛が出現し，他院を受診。精査の結果，後腹膜腫瘍が認められ同年9月当院紹介受診。腹部CT上，左腎門部か

ら腹部大動脈周囲にかけて8×7.6×4.2 cm 大の軟部陰影が認められた。画像所見より神経原性腫瘍が疑われた。同年10月7日腹腔鏡下後腹膜腫瘍生検施行，病理結果は Peripheral nerve tumor of benign type と診断された。良性であるため，経過観察も考慮されたが，痛みの原因と考えられ，本人の希望もあり2006年1月13日腫瘍切除術を施行した。腫瘍は腎門部に存在し，腎動静脈を巻き込んでいた。腎下極への腎動脈を結紮したが，他の腎動脈は温存し，腎機能温存が可能であった。腫瘍の重量 161 g，大きさ 80×60×40 mm。病理結果は Ganglioneuroma と診断された。手術後1カ月経過，痛みは軽減している。

**診断・治療に難渋した症例—高度な左水尿管を呈した隆起性膀胱病変の1例—**：土屋朋大，久保田恵章，亀井信吾，萩原徳康，安田満，横井繁明，仲野正博，伊藤慎一，江原英俊，高橋義人，出口 隆（岐阜大） 症例は49歳，男性。2004年3月，左下腹部痛を主訴に受診。US・CT にて左水腎水尿管症および膀胱三角部に隆起性病変を認めた。膀胱鏡・尿管鏡検査および生検を施行したが，悪性所見は認められなかった。その後，経過観察としていたが，隆起性病変の増大を認めたため，同年6月に TUR 生検を施行した。病理診断は増殖性膀胱炎であった。その後も再発を繰り返したため，同年12月よりステロイド投与を行ったところ，水腎症は消失し膀胱内の浮腫性変化も改善を認めた。腫瘍形成を伴った増殖性膀胱炎は診断・治療を兼ねて TUR が施行されることが多い。本症例では TUR のみでは再発を認めたため，ステロイド投与を行ったところ有効であった。