

第197回日本泌尿器科学会関西地方会

(2006年12月16日 (土), 於 関西医科大学附属枚方病院)

後腹膜 Paraganglioma の 1 例 : 角田洋一, 川村憲彦, 福原慎一郎, 今津哲央, 原 恒男, 山口誓司 (市立池田), 足立史郎 (同病理) 26歳, 男性. 1年前より左側腹部の腫瘍を自覚していたが放置しており, 2006年5月に増大傾向を認めためたため当科受診. CT および MRI にて左後腹膜に径約 10 cm の腫瘍を認めた. 画像上は神経原性腫瘍が疑われた. 2006年6月後腹膜腫瘍摘除術施行. 腫瘍は線維性被膜に覆われており周囲との癒着は軽度であった. 摘除標本は大きさ 15×12×10 cm, 重量 895 g. 病理組織診断は Paraganglioma であった. 術後経過は良好で, 約 6 カ月経過する現在, 再発・転移は認められていない. 本症例では術前の内分泌学的検査にて異常は認められず, 術中に血圧の変動は認められなかったため非機能性の Paraganglioma と考えられた.

後腹膜鏡下に摘出した後腹膜神経鞘腫の 1 例 : 真殿佳吾, 細見昌弘, 加藤大悟, 齋藤 純, 矢澤浩治, 佐川史郎, 伊藤喜一郎 (大阪医療セ) 57歳, 男性. 近医通院透析中, スクリーニングの腹部エコーにて右後腹膜に φ6 cm 程の SOL を認め, 腹部 MRI および内分泌検査により無機能性副腎腫瘍が疑われた. 2006年5月26日, 加療目的に当科紹介受診. 術前 CT および MRI にて腫瘍は神経原性腫瘍と考えられ, 9×6×4.5 cm の大きさで, 下大静脈を腹側へ圧排していた. 2006年8月10日, 後腹膜鏡下右後腹膜腫瘍摘除術・右腎摘除術を施行した. これまで後腹膜神経鞘腫に対して鏡視下手術が行われた症例は自験例を含め, 13例であった. 腫瘍への到達法として, 腹腔・後腹膜の 2通りがあるが, その選択には腫瘍の位置・大きさ・術者の経験により選択されていた. 副腎レベルの腫瘍に対しては後腹膜鏡下での切除が可能と推測された.

右副腎巨大褐色細胞腫の 1 例 : 高田 聡, 富岡厚志, 永吉純一, 吉田宏二郎, 仲川嘉紀 (大和高田市立) 症例は58歳, 男性. 胃検診の二次検診で当院内科受診. 胃カメラで十二指腸の粘膜下に腫瘍を指摘されたため腹部エコー, 腹部 CT 施行. 径 12 cm 大の右副腎腫瘍を指摘され, 2005年10月当科受診. 内分泌学的検査では血清ノルアドレナリン, 尿中 VMA の軽度上昇を認めたが, 副腎静脈血サンプリングではカテコールアミンの明らかな上昇は認めなかった. 副腎癌を疑い同年11月副腎腫瘍摘出術を施行した. 腫瘍重量は670 g, 病理診断は褐色細胞腫であった. 術後13カ月の時点で再発なく経過観察中である. 腫瘍重量が 500 g 以上となる褐色細胞腫は約 7.8% と比較的稀であるとされている. 巨大化の原因などにつき若干の文献的考察を加えて報告する.

褐色細胞腫との鑑別が困難であった高齢者に発生した副腎血管腫の 1 例 : 山口唯一郎, 林 哲也, 古賀 実, 菅尾英木 (箕面市立), 森脇 信 (同内科), 宮川 康 (大阪大) 82歳, 女性. 2001年, 他院にて高血圧の加療中, CT で径 3 cm の左副腎腫瘍を指摘され経過観察とされていた. 腫瘍は徐々に増大し2005年1月に当科受診. 内分泌検査では血中, 尿中ノルアドレナリン, 尿中バニルマンデル酸が軽度高値であった. MIBG シンチでは腫瘍部位の集積像はなかった. CT で左副腎に嚢胞性で腫瘍辺縁が造影される径 4 cm の腫瘍を認め, MRI では腫瘍は T1 で低信号, T2 で不均一な高信号を呈した. 褐色細胞腫を否定できず2005年2月, 腹腔鏡下左副腎摘除術を施行した. 術中, 術後も血圧の変動は認めなかった. 病理組織検査にて副腎髓質から発生した血管腫との診断を得た. 副腎嚢胞性褐色細胞腫と副腎血管腫との鑑別につき考察を加えて報告した.

副腎オンコサイトーマの 1 例 : 加藤琢磨, 山下資樹, 吉田 徹, 相馬隆人, 奥野 博 (国立京都医療セ), 木村 崇, 成瀬光栄 (同内分泌代謝科), 南口早智子, 寺島 剛 (同研究検査), 相羽元彦 (東京女子医大東医療セ病理) 58歳, 女性. 左後腹膜腫瘍の精査目的に2005年11月当科紹介. 副腎原発を疑い, 副腎ホルモン値, 内分泌負荷テスト, ¹²³I-MIBG シンチグラムを行うも正常. 画像所見は内部にのう胞性病変を有する境界明瞭な 10.6×12.0×12.3 cm の腫瘍であり, 辺縁の充実性部分は造影効果を認めた. 2006年1月左副腎を含め左後腹膜腫瘍摘除術施行. 摘出標本の重量は 840 g. 腫瘍は副腎と連続し,

好酸性の細胞質を有する比較的均一な細胞が充実性, 包葉状に増殖していた. ミトコンドリア染色陽性であり副腎オンコサイトーマと診断された. 術後11カ月現在, 局所再発・転移を認めず健在である.

高血圧を契機に発見された副腎骨髄脂肪腫の 1 例 : 藤末 裕, 伊夫貴直和, 濱田修史, 高原 健, 能見勇人, 古武彌嗣, 瀬川直樹, 東治人, 勝岡洋治 (大阪医大), 辻 求 (同病理) 56歳 女性. 高血圧の精査中, CT, MRI 上副腎腫瘍 (骨髄脂肪腫) が発見された. ホルモン活性はなく, 腫瘍径も小さかったため経過観察されていたが, 1年後の CT にて腫瘍径 5 cm と増大しており当科紹介となった. MRI 上高信号の中に一部低信号が見られ, 脂肪抑制像でも低信号を呈したため, 骨髄脂肪腫が疑われたが, 腫瘍径が増大しており, 副腎癌も否定できなかったため腹腔鏡下左副腎摘除術を施行した. 術後経過良好で現在外来で経過観察中である.

両側副腎癌の 1 例 : 花房隆範, 高山仁志, 高尾徹也, 中山雅志, 辻畑正雄, 野々村祝夫, 奥山明彦 (大阪大) 62歳, 男性. 2006年4月胸部大動脈瘤の術後経過観察目的の CT にて左副腎の径 6 cm 大の腫瘍を認め当科紹介受診. 5月の CT にて上記腫瘍は径 7 cm 大とさらに増大を認め血液検査などとあわせて副腎癌を疑い手術目的で当科入院となった. 腫瘍の増大が急激であったため入院後に再度 CT を施行した所, 右副腎の径 2.5 cm 大の腫瘍も認めた. 内分泌非活性性両側副腎癌を疑い経腹膜の両側副腎摘除術を施行した. 摘除副腎は左 7×6×6 cm, 107 g, 右 3×2×2 cm, 3.7 g であった. 病理組織結果は両側副腎皮質癌であった. 追加治療は施行せず現在術後 6 カ月で再発なく経過している. 本邦における同時期に診断された両側の副腎癌の報告例は自験例が第19例目であった.

神経線維腫症 I 型患者に合併した後腹膜悪性神経鞘腫瘍の 1 例 : 谷口久哲, 三島崇生, 内田潤二 (済生会泉尾), 木下秀文 (関西西大) 64歳, 男性. 神経線維腫症 I 型患者. 超音波にて偶然骨盤内腫瘍を指摘された. CT, MRI にて骨盤内に 5×3×3 cm の腫瘍あり. 他に左閉鎖神経領域にも径 1 cm 大の腫瘍を認めた. 切除術を施行し, 病理学的診断は共に悪性神経鞘腫瘍であった. 神経線維腫症 I 型患者に合併した後腹膜悪性末梢神経鞘腫瘍 (MPNST) は本邦報告40例目であった. 神経線維腫 I 型の患者では MPNST を念頭に置き, 無症状であっても定期的画像診断などで MPNST の早期発見に努めることが重要である.

骨盤腔内を占拠し, 腎後性腎不全をきたした悪性リンパ腫の 1 例 : 児玉芳季, 西川 徹, 土居 淳 (市立泉佐野) 31歳, 男性. 下腹部痛と食欲不振を主訴に受診. CT にて骨盤腔内を占拠する軟部腫瘍とそれに伴う両側水腎症を認めた. 後腹膜線維癌あるいは悪性リンパ腫が疑われた. LDH および可溶性 IL2-R が高値で, Ga シンチで同部位に集積を認めた. 腎臓造設後に生検を施行し, Burkitt-like B cell lymphoma と確定診断. Ann Arbor 分類で IV B 期であり, Burkitt lymphoma の治療に準じて CODOX-M 療法と R-IVAC 療法の交替療法を 2 コース施行. 画像上骨盤内の軟部腫瘍像は消失し, LDH, IL2-R の値も正常化したため CR と判断. 現在外来定期観察中である. B-cell lymphoma の治療については, 最近キメラ型抗 CD20 抗体である rituximab 併用療法がスタンダードになりつつあり, 本症例でも使用され, 非常に有効であった.

水腎症の精査中に急激な転帰をとった胆管癌の 1 例 : 藤田淳也, 能勢和宏, 小池浩之, 西岡 伯, 秋山隆弘 (近畿大堺) 69歳, 女性. 2005年に膀胱腫瘍で TUR-BT 施行し, 以後外来で経過観察中, 2006年4月に右側腹部痛が出現した. 精査により右腎盂腫瘍を疑い, 手術目的で入院となった. しかし, 入院時より発熱, 腰背部痛を訴え, 採血の結果, 肝機能異常と凝固能低下を認め手術を延期した. 肝胆道系の精査を施行. 各種画像検査, PTGBD, ERCP など施行しても確定診断を得られず, 対症療法も奏効せず, 全身状態の悪化を認め入院第 36 病日死亡する. 病因検索のため病理解剖を施行した. 剖検の結果, 原発巣は総胆管に原発した平坦型の悪性腫瘍であることが明らかに

なった。尿管癌が後腹膜へ進展し、尿管周囲の組織、尿管壁にも浸潤したため水腎症が出現したと考えられる。

会陰部原発 GIST の 1 例：星山文明，相原衣江，堀川直樹（大阪回生），小橋智司，楠本千絵（同放射線），岡 一雅（同病理） 77 歳，男性。既往歴：胃癌（1996年），内痔核（30年前）2006年 6 月頃より会陰部に腫瘍を認め，座位にて腫瘍による圧痛が出現してきたため，同年 7 月 31 日当科受診。CT，MRI にて尿道海綿体球部，皮下脂肪織，陰茎海綿体，外肛門括約筋と接しそれぞれを圧排する軟部組織腫瘍が疑われたため，同年 8 月 15 日腫瘍摘出を行った。腫瘍の大きさは $3 \times 3.5 \times 5$ cm で剖面は淡黄色・充実性で一部壊死を伴っていた。病理診断では紡錘形細胞が束状に錯綜し配列・増殖する像を認め，免疫組織化学染色にて，kit，CD34 がともに陽性，Desmin，S-100 ともに陰性であった。消化管の検索をしたが原発巣を認めず，術中所見でも直腸との連続性は認めなかったため，会陰部原発 GIST と診断した。

陰茎結核疹の 1 例：前田浩志，吉行一馬，羽間 稔（淀川キリスト教），寺村一裕（同病理），荒川創一（神戸大） 58 歳，中国人男性。既往歴：Peyronie 氏病（1 回受診したのみ，詳細不明），糖尿病。2005 年 7 月頃から陰茎亀頭部に潰瘍出現し，8 月初診。結核の既往はなく，胸部レントゲン異常認めず，前立腺，精巣上体も触診上異常認めず。ツ反は強陽性。入院，腰椎麻酔下に生検施行。病理組織学的には，乾酪壊死を伴う類上皮肉芽腫，多核巨細胞を認めたが，結核菌は証明されず，陰茎結核疹と診断された。INH，RIF，ETB の三剤併用療法を 6 カ月施行（10 週目で視力低下出現し ETB は中止，視力は回復）。陰茎に変形を残したが，治癒した。

シロドシン（ユリーフ[®]）の射精障害：ヘルシーボランティアでの検討：松本成史，齋藤允孝，中西道政，杉本公一，清水信貴，森 康範，南 高文，林 泰司，植村天受（近畿大），杉山高秀（高石藤井） 前立腺肥大症（BPH）治療薬である α 遮断薬の副作用の 1 つとして射精障害が知られている。新しい選択的 $\alpha 1A$ 遮断薬であるユリーフの射精障害を 17 名の性活動期ヘルシーボランティア（平均 29.4 歳）に協力して頂き検討した。1 名が血圧低下で検討から除外した。通常の精液検査後にユリーフ $4 \text{ mg} \times 2$ （朝・夕）5 日間内服後，再度精液検査を施行。16 名中 13 名が精液が出なかった。検査後の尿検で精子を認めず，射精障害の原因は逆行性射精ではなく，精液排出障害と考えられた。全例可逆性であった。以上より BPH 患者に副作用としての射精障害の説明は必須であると思われた。また精路の交感神経受容体は $\alpha 1A$ が優位と考えられた。

リツキシマブを使用し脾摘回避できた夫婦間 ABO 不適合生体腎移植の 1 例：内田潤次，津田昌宏，仁田有次郎，北本興一郎，岩井友明，黒木慶和，長沼俊秀，武本佳昭，仲谷達也（大阪市大） 49 歳，女性，B 型（+）。慢性糸球体腎炎による末期腎不全にて 2006 年 4 月血液透析導入。AB 型（+）の夫よりの血液型不適合腎移植のため 2006 年 8 月当科入院。入院時抗 A 抗体価は生食法 16 倍，クームス法 16 倍であった。4 週前より MMF，ステロイドを開始，2 週前，術当日にリツキシマブ 150 mg/m^2 を投与，手術 4，2 日前に DFPP，手術当日全血漿交換を行い，脾摘を回避した ABO 不適合生体腎移植を施行した。免疫抑制は FK，MMF，BAS，ステロイドで導入した。移植後経過は順調で合併症としてサイトメガロウイルス抗原血症陽性を認めるのみであった。

左腎 Alveolar soft part sarcoma の 1 例：南 高文，齋藤允孝，森康範，林 泰司，辻 秀憲，松本成史，野澤昌弘，田中基幹，石井徳味，植村天受（近畿大），前川たかし（前川泌尿器科） 16 歳，男性，2005 年 10 月頃から左腰痛認め近医受診。画像精査にて左腎下極に石灰化を伴う腫瘍を認め，2006 年 3 月当科受診。同年 7 月腎細胞癌否定できないが若年であるため，左腎生検術施行，悪性否定できず，同年 8 月，左腎摘除術施行。病理組織所見にて間質が腫瘍細胞を胞巣状に取り囲み，上皮系マーカー陰性，ジスターゼ消化 PAS 染色にて腫瘍細胞質内に PAS 陽性針状結晶構造を認め alveolar soft part sarcoma と診断した。腎原発 alveolar soft part sarcoma は本邦 2 例目と思われ，5 年生存率は 60% 程度とされている。自験例は，現在再発認めず生存している。

腎盂形成術にて水腎症の改善を認めた左骨盤腎の 1 例：三井要造，上田康生，鈴木 透，樋口喜英，丸山琢雄，近藤幸幸，野島道生，山本新吾，島 博基（兵庫医大） 9 歳，男児。2003 年 8 月突然下腹部痛が出現し，水腎症を伴った左骨盤腎と診断。下腹部痛，水腎症は自然軽快し，間欠的水腎症と考え，外来経過観察していた。2006 年 8 月再び強い下腹部痛と左水腎症を認めたため入院となった。MRU，RP の所見から，間欠的に生じる左水腎症の原因として腎盂尿管移行部閉塞または拡張した腎盂，膀胱による尿管の圧迫を疑い，腎盂形成術を施行した。術中腎盂尿管移行部には狭窄を認めず，拡張した腎盂で腎盂尿管移行部が屈曲し，尿の流出が妨げられることで水腎症が発生する考えた。よって腎盂縫縮後，腎盂尿管移行部が屈曲しない部位へ尿管を再吻合した。術後腎盂拡張は消失し，水腎症の悪化も認めていない。

トロカポート部再発が疑われた尿管腫瘍の 1 例：安田鐘樹，三島崇生，巽 一啓，河 源，木下秀文，松田公志（関西医大） 50 歳代，男性。2003 年 4 月から無症候性肉眼的血尿認め近医受診。DIP，CT にて腎盂，尿管内に腫瘍を認め，clinical stage T2N0M0 と診断。6 月に後腹膜鏡下尿管全摘除術施行。超音波メスにてリンパ節郭清施行。病理結果は，urothelial carcinoma grade 2+3，INFβ，pT3，pV1，pN2 であった。2003 年 7 月から MVAC 2 コース（評価病変なし）。10 月に後腹膜リンパ節転移認め，MVAC 3 コース追加し CR。2005 年 7 月にトロカポート部近傍の皮下に腫瘍を認め生検した。CT で high density であった。病理は UC であった。8 月からジェムシタピン，パクリタキセルによる化学療法 2 コース施行するも PD。2006 年 1 月癌死した。

膀胱および直腸を温存しえた骨盤内弧発性線維性腫瘍の 1 例：佐野剛視，西山博之，植垣正幸，岡所広祐，増井仁彦，根来宏光，宗田武，神波大己，吉村耕治，兼松明弘，高橋 毅，中村英二郎，伊藤哲之，賀本敏行，小川 修（京都大） 40 歳代，男性。排尿障害を主訴に近医受診し，直腸指診にて直腸前方の腫瘍を指摘され，当科紹介。CT，MRI にて最大径 10 cm の腫瘍を前立腺の右背側に認めた。MRI では T1 で均一な低信号，T2 で不均一な高信号を示した。腫瘍は膀胱を頭側に圧排偏位し，直腸とも広く接していたが，画像上は明らかな浸潤を認めなかった。経直腸的針生検を施行し弧発性線維性腫瘍（SFT）と診断されたために摘出術を施行。術前は骨盤内臓全摘も考慮されたが，恥骨後式前立腺摘除術に準じた前立腺，腫瘍合併切除を行い，膀胱および直腸は温存した。病理組織は弧発性線維性腫瘍で切除断端は陰性であった。

保存的治療に難渋し，根治的手術を余儀なくされた前立腺炎症性偽腫瘍の 1 例：射場昭典，柑本康夫，倉本朋美，松村永秀，新谷寧世，上門康成，新家俊明（和歌山医大） 44 歳，男性。慢性前立腺の既往がある。2004 年 7 月，前立腺炎症性偽腫瘍による排尿困難に対し TUR-P を施行したが，一時的な改善を見るのみであった。ステレオイド療法も奏功しなかったため，2006 年 4 月，前立腺全摘除術を施行した。異型のない紡錘形細胞は vimentin および SMA 陽性で，前立腺炎症性偽腫瘍と診断された。術後，排尿困難は消失し，8 カ月経過した現在再発は見られていない。性活動期にある患者では，前立腺炎症性偽腫瘍は良性疾患であるため，前立腺全摘除術は躊躇されるが，TUR-P で完全切除が困難である場合は再発を来すことも稀ではなく，こうした場合には前立腺全摘除術が妥当な選択肢であると考えられた。

経尿道的切除を行った膀胱平滑筋腫の 1 例：杉本公一，橋本 潔，江左篤宣（NTT 大阪），山本 豊（泉大津市立），辻橋宏典（辻橋クリニック） 59 歳，女性。頻尿と排尿困難を主訴に近医より紹介受診。MRI では左側壁に約 59 mm の辺縁明瞭な腫瘍を認めた。膀胱鏡では正常粘膜に覆われた粘膜下腫瘍を認めた。経尿道的生検の結果，病理学的診断は膀胱平滑筋腫であった。そのため，根治的経尿道的膀胱腫瘍切除術を行った。切除重量は 97 g，術後貧血などの所見は認められなかった。術後 8 カ月経過現時点，再発は認められない。われわれが知る限り，経尿道的切除が施行された膀胱平滑筋腫は 30 例であった。

TUR-P 中に偶然発見された膀胱褐色細胞腫の 1 例：岡村靖久，市岡健太郎，岡垣哲弥，野々村光生（京都桂） 70 歳，男性。1999 年よ

り前立腺肥大症を指摘され内服治療を行っていたが、症状悪化に伴い2006年5月、TUR-P 施行するため入院。血圧130/70 mmHg、排尿時紅潮、失神、頭痛などは認めなかった。尿検査において血尿は認めなかった。また血液検査において異常所見は認めなかった。TUR-P 施行時、膀胱後壁に直径約1 cmの赤褐色、類円形の腫瘍を認めた。同部位に生検を施行したところ突然血圧が上昇した。生検の結果、膀胱褐色細胞腫と診断された。カテコラミン系はいずれも正常であった。MRI、T2 強調画像において膀胱後壁に造影効果が遷延する部位を認めた。またCTにおいて明らかな遠隔転移は認めなかった。後日、膀胱部分切除術を施行。病理組織において一部にリンパ管浸潤を認め、malignant が疑われた。

膀胱傍神経節腫の1例：武田 健，野間雅倫，新井浩樹，塩塚洋一，坂上和弘，中森 繁（東大阪市立総合），那須拓馬，玉井正光（同臨床病理） 53歳，女性。排尿後便器に血液が付着することを主訴に受診した。高血圧および糖尿病の既往なく、排尿時発作もない。検尿では異常を認めず、尿細胞診は陰性だった。膀胱鏡検査では前壁に約3 cm大の非乳頭状広基性腫瘍を認めた。表面および周囲の血管発達が著明だった。経尿道的切除を開始するとともに異常高血圧を呈したため組織採取のみで終了した。病理診断は傍神経節腫であった。¹²³I-MIBG シンチでは腫瘍部位に一致して強い集積を認め、ほかに異常集積は認めなかった。内分泌学的検査では血中および尿中ノルアドレナリンが高値を示した。後日、膀胱部分切除術を施行した。病理診断は、筋層に達する傍神経節腫で、切除断端は陰性だった。

膀胱小細胞癌の1例：奥田英伸，鄭 則秀，中村吉宏，志水清紀，吉村一宏，清原久和（市立豊中） 69歳，女性。2004年4月に肉眼的血尿を主訴として来院。精査の結果、膀胱腫瘍を指摘され、TUR-Btを3回施行。右尿管下端部に腫瘍を認めたため、右尿管部分切除術を施行。病理組織診断ではいずれも移行上皮癌（TCC）でG1からG2、pT1以下であった。その後、多発性の膀胱内再発を認めたため、2006年3月より術後BCG注入療法を施行。しかし同年6月に膀胱内再発を認めたため、TUR-Btを施行。病理組織学的にTCC、G3、pT2以上であった。同年7月20日に膀胱全摘・回腸導管造設術を施行。術中膀胱頸部の周囲組織との癒着が強く、剥離困難であった。病理組織診断では小細胞癌であり膀胱外への浸潤も認めた。術後化学療法を予定していたが、術後2カ月目にNSEの急上昇と共に急速に全身に転移を来し、死亡した。

肉腫様変化を示した巨大膀胱腫瘍の1例：細川幸成，谷 満，熊本廣実，林 美樹（多根総合），藤本清秀，平尾佳彦（奈良医大） 57歳，男性。頻尿にて近医受診、エコーにて膀胱腫瘍を指摘され当科紹介。尿細胞診はクラスIV。膀胱鏡を行ったところ、膀胱内腔の大部分を占め、表面の大半が壊死組織に覆われている、乳頭状変化と非乳頭状変化の部分が混在する巨大腫瘍を認めた。TUR-Btを施行、切除重量は220 g。病理組織学的検査結果は、肉腫様変化を伴った尿路上皮癌の診断であった。後日、膀胱全摘除術および回腸代用新膀胱形成術を施行。病理組織学的検査では、TURによる切除周囲の粘膜にCISを認めたが、肉腫様変化は認められなかった。術後、29カ月現在、転移・再発は認めない。

急速に肝転移をおこした膀胱小細胞癌の1例：伊藤将彰，福井勝一，小倉啓司（大津赤十字） 71歳，男性。膀胱表在性移行上皮癌に対してTUR-Btを施行していたが再発を繰り返すうちに小細胞癌に転化した。Etoposide+cisplatinによる化学療法（EP）を4コース施行後膀胱全摘・回腸新膀胱造設術を施行、病理診断はsmall cell carcinoma, pT3bpN0 (0/14) ly1vl1であった。外来で経過観察をしていたところ術後約2カ月目に下痢・腹部膨満で再入院。造影CTにて肝全体に転移を認めた。入院後1週間で急速に肝機能・呼吸不全が悪化、癌死した。小細胞癌は膀胱癌全体の約0.5%と頻度が低く、5年生存率が20%以下と非常に予後不良である。今回肺小細胞癌の標準的治療法であるEPを施行し膀胱全摘術を施行したにもかかわらず予後が不良であった。さらに有効な化学療法の開発が必要と思われる。

若年女性の膀胱癌の1例：西川全海，水流輝彦，牛田 博，影山進，岩城秀出，上仁数義，成田充弘，岡本圭生，吉貴達寛，岡田裕作（滋賀医大） 25歳，女性。健診で膀胱腫瘍を指摘され、2006年10月当科紹介受診、膀胱鏡で膀胱頸部10時に単発の有茎性乳頭状腫瘍を

認め、同年11月精査加療目的で入院。経尿道的膀胱腫瘍切除術を施行し、病理診断はTCC、G1、pTaであり、術後1年8カ月で再発や転移を認めていない。若年者の膀胱癌の発生についての報告は、30歳以下における膀胱癌の頻度は、欧米では0.8%、日本では1.5%とされており、男女比については、膀胱癌全体の比率と同程度で4:1とされており、本症例は比較的稀な症例であった。一般的に若年者の膀胱癌は予後が良好といわれているが、20歳代では予後の不良な報告もあるため、日常診療において注意を要すると思われた。

小腸と瘻孔形成した膀胱癌の1例：磯谷周治，楠田雄司，岡本雅之，小川隆義（姫路赤十字），中塚栄治（中塚泌尿器科） われわれは膀胱小腸瘻を認めた膀胱癌の1例を経験したので報告する。症例は49歳，女性。主訴は肉眼的血尿。二分脊椎でCIC 施行していた。近医泌尿器科にて膀胱鏡上、後壁に白苔を伴う腫瘍を認め、当科紹介受診。膀胱の頭側に直径10 cmの腫瘍を認め、生検目的にTUR-Btを施行した。腫瘍は非常に低分化であり組織像、免疫染色の結果より膀胱原発と考えられた。入院経過中、腸閉塞を生じた。嘔吐物の性状が尿と同一であったため膀胱造影を施行したところ、膀胱小腸瘻を認めた。CT上腹膜播種を認めることから、根治術は不可能と判断したが、腸閉塞の解除および腸粘膜からの尿再吸収による体液バランス異常の回避目的に膀胱全摘、小腸合併切除、尿管皮膚瘻造設術を施行した。

単純子宮全摘後の巨大膀胱腫瘍に対し Ischiocavernosus muscle を用いて閉鎖術を行った1例：橋本 立，北村 健，赤尾利弥，西村昌則（洛和会音羽） 40歳代，女性。単純子宮全摘後に陰からの尿漏れを自覚。フォーレ留置による保存的治療では改善なく、その後の膀胱鏡にて膀胱腫瘍を認めた。瘻孔は周囲に筋層欠損を伴って2つあり、後三角部にあることから複雑性膀胱腫瘍と判断された。瘻孔発生後10週目に閉鎖術を行った。経膀胱的および経陰的に瘻孔切除を行い、Ischiocavernosus muscle（坐骨海绵体筋）を用いた筋皮弁を充填することで再発なく閉鎖しえた。術後排尿機能、性機能に問題もなかった。

回腸利用膀胱拡大術後の自己導尿カテーテルによる膀胱内異物の1例：松下千枝，福井真二，藤本 健，小野隆征，大山信雄，百瀬 均（星ヶ丘厚生年金） 15歳，女性。既往歴は二分脊椎で、脊髄髄膜瘤修復術、VP シャント、軽度精神遅滞あり。他院にて神経因性膀胱に対し、CICを施行、両側VURに対し、経尿道的コラーゲン注入療法を施行されたが、腎盂腎炎を繰り返すため、手術目的で当院当科紹介受診。回腸利用膀胱拡大術+ACE造設術を施行。術後6年目で行った膀胱造影にて造影剤注入後より、膀胱内に回腸膀胱の蠕動運動と共に動くカテーテル様の陰影欠損を認めたため、膀胱鏡を施行。膀胱内に異物を認めたため、異物鉗子にて摘出。摘出した異物は、患者が普段自己導尿に使用している女性用12 Fr、全長15 cmのディスプレイバルカテーテル2本であった。寝ぼけてカテーテルを抜去せずにオムツをあててしまうことが原因であった。

乳児の単純性尿管瘤に対する経尿道的開窓術：北村 健，橋本立，赤尾利弥，西村昌則（音羽） 症例は1歳の女児。胎生16週で高度な右の水腎症を指摘され、生後も約2カ月に1回39度以上の尿路感染からの熱発を繰り返し泌尿器科に紹介受診する。初診時尿路造影にて右の著名な水腎・尿管症を認めたが重複尿管は認めず。腹部造影CTでは右の尿管瘤を認めたが腎の萎縮はなかった。右の単純性尿管瘤と診断した。1歳半で右の尿管瘤の経尿道的開窓術施行した。手術は全身麻酔 仰臥位・下肢開脚にて試行。細径の硬性尿管鏡にて膀胱内部観察した。右尿管瘤は膀胱頸部を塞ぐように大きく突出していた。インジゴカルミン静脈投与後も右尿管口は確認不可能であった。3 Frの焼灼導子にて尿管瘤壁の尾端正中に10 mm程度の縦切開を加えた。術後約1年で水腎症は軽快し症候性の尿路感染も消失し腎機能も良好に維持されている。

憩室口が小さく体積が大きい膀胱憩室に対する腹腔鏡下切除術：徳地 弘，高尾典恭，七里泰正（大津市民） 反復性膀胱炎と残尿感を呈する63歳，女性。超音波検査、CTにて膀胱左背側に推定体積500 mlで憩室口径約1 cmの憩室を認めた。左尿管は憩室の背面に接していた。残尿800 mlを認め、膀胱内圧測定では弛緩性（accontractile）であった。腹腔鏡下に切除術を施行した。ダブルジェイカテーテルを

留置し尿管の走行を確認しつつ、膀胱と膀胱憩室にそれぞれバルカテーテルを留置して、憩室のバルカテーテルを動かして憩室の位置を確認した。手術時間は2時間57分、出血は少量であった。摘出標本は、筋層を欠き線維性結合組織層と粘膜層からなっていた。術後経過は良好で、尿道バルーン除去後1日目の残尿量は300mlであり、コリン剤内服自己導尿併用で術後3カ月の残尿量は150mlとなり、膀胱炎は認めていない。

BCG膀胱内注入療法後に生じた完全型Reiter症候群の1例：福本亮，日向信之，田口 功，結縁敬治，山中 望（神鋼） [症例] 79歳，男性。膀胱上皮内癌に対しBCG膀胱内注入療法施行。膀胱7回目終了後より左肩関節，肘関節痛出現。8回目終了後より背中，四肢の紅斑，左手の浮腫出現。8回目終了1週間後，37度台の熱発があり，全身の関節痛が増悪したため，ライター症候群を疑い入院，精査加療を行った。NSAIDs，ステロイド，抗結核薬の組み合わせで治療し，100病日後，軽度の関節痛を除いてほとんど軽快した。[考察] BCG膀胱注後の完全型Reiter症候群は国内で自件例を含め17例の報告がある。治療はBCG播種性感染の有無を検索し，臨床症状の経過と重症度から使用薬剤を決定することになるが，明確な基準はないようである。

尿失禁，膀胱痛治療に難渋した症例：中川雅之，岡村基弘，田上英毅，吉田浩士，上田朋宏（京都市立） 尿失禁，下腹部痛に対し近医でコラーゲン注入をはじめTVT，尿路変更（回腸使用導尿管型膀胱瘻），膀胱腔瘻閉鎖，尿道断離まで行ったが蓄尿時の膀胱痛あり当院受診。簡易水圧拡張（キシロカイン膀胱注後膀胱拡張）後も疼痛あり緊急入院。狭窄部導尿管再建，拡張術後尿管鏡で水圧拡張し点状出血，尿道断離部からの漏れ，膀胱三角部付近の粘膜菲薄認めた。腰椎麻酔下に膀胱水圧拡張術行い膀胱容量増大したが蓄尿時膀胱痛継続。蓄尿時の膈への尿漏れ（滲出）あり，尿漏れ時疼痛増悪するため膈壁欠損部縫縮，尿道腔瘻閉鎖術施行した。その後尿漏れ（滲出）消失し，蓄尿時の疼痛軽快した。

腎炎症性偽腫瘍の1例：空 昌治，谷本義明，松村健太郎，岩井謙仁（泉市立） 36歳，女性，分娩後の腎膿瘍による熱発を主訴に受診。保存的治療後，単純腎摘出術施行。病理組織学的には強い形質細胞浸潤を伴う炎症性肉芽腫であり，腎炎症性偽腫瘍の診断であった。

肝被膜原発と考えられたSolitary fibrous tumorの1例：山崎健史，葉山琢磨，浅井利大，石井啓一，上川禎則，金 卓，坂本 亘，杉本俊門（大阪市総合セ），桑原伸介，上水流雅人，池本慎一（八尾市立） 74歳，男性。2003年6月内科腹部精査にて右副腎部に腫瘍認められた。ホルモン非活性副腎腫瘍の診断で腹腔鏡下右副腎摘出術施行されるも，摘出標本は正常副腎のみであった。その後経過観察中に再び腫瘍は増大傾向を示すため，2006年6月エコーガイド下に針生検施行。組織診断はSFTであった。軽度の核異型認めるため手術目的で当院紹介となり，8月腫瘍摘出術施行。腫瘍は横隔膜との癒着は軽度であり，肝被膜と高度に癒着していた。そのため腫瘍は肝被膜由来と考えられた。腫瘍は免疫染色でCD34陽性であり，SFTと考えられた。また組織学的には明らかな悪性所見は認めておらず，現在まで局所再発，遠隔転移は認めていない。

20歳の女性に発症した若年性腎細胞癌の1例：呉 偉俊，田中智章，仁田有次郎，鞍作克之，川嶋秀紀，杉村一誠，仲谷達也（大阪市立大） 症例20歳，女性。主訴：左腹部痛。現病歴：2006年6月，左腹部痛にて近医受診，腹部超音波検査上，左腎腫瘍を指摘され，精査加療目的で当科に紹介受診となった。入院時検査所見では，尿潜血（+）以外，血液生化学検査など異常はなかった。腹部超音波検査では左腎中極に直径3cmのhypoechoic lesionを示す充実性腫瘍が認められた。造影CT：左腎中極に境界明瞭で，腎実質よりもlow density，一部high densityを伴った腫瘍が認められた。MRI：T1では内部信号の大部分が点状高信号を認め，T2強調像では，内部不均一なiso intensity見られた。RCC，Wilms腫瘍が疑われたため，2006年9月14日，後腹膜腔鏡下左腎摘除術を施行した。摘出標本の重さは180g，剖面は黄色充実性で，内部に腫瘍の壊死を伴っていた。病理組織学的所見：診断はclear cell carcinoma，G2，pT1aであった。現在，外来にて経過観察中であり，再発，転移を認めていない。

腎細胞癌膀胱転移の1例：向井雅俊，葛原宏一，松岡 徹，藤本宜正，小出卓生（大阪厚生年金），山崎芳郎（同外科） 51歳，女性。2004年10月，腰痛精査中の他院での腹部CTで左腎腫瘍，膀胱腫瘍を指摘され当科紹介受診。腹部超音波・腹部MRIで左腎上極に径8×10cmの内部に壊死を伴う腫瘍を認め，膀胱に最大径4.7cmの内部に壊死を伴い，腎腫瘍と同様の造影効果を示す腫瘍を認めた。左腎癌，多発性膀胱転移の診断の下，根治的左腎摘除術，膀胱全摘術を施行した。病理組織所見は腎腫瘍，膀胱腫瘍ともにRenal cell carcinoma，clear cell carcinomaであり，pT2N0pM1と診断した。術後経過良好にて外来経過観察中であるが，2年を経過した現在，再発転移を認めない。

術後12年目に上顎洞転移を認めた腎癌の1例：寺川智章，田中一志，武中 篤，原 勲，藤澤正人（神戸大） 64歳，男性。1993年7月左腎腫瘍にて根治的左腎摘除術を施行。病理結果は，clear cell carcinoma，pT3a，G1であった。2005年9月頃から右流涙を自覚し他院耳鼻科受診。鼻涙管の閉塞を認めた。精査にて右上顎洞に腫瘍性病変を認めた。血管腫などを疑い，2006年4月右上顎洞腫瘍摘除術を施行した。病理結果は，clear cell carcinomaであり，腎癌術後12年目の上顎洞転移と考えられた。全身検索にて多発性肺転移を認め，現在，免疫療法を施行中である。腎癌の鼻・副鼻腔への転移は，比較的稀であり，自験例は本邦44例目である。易出血性の鼻・副鼻腔腫瘍を認めた場合には腎癌からの転移を考慮する必要があると考えられた。

腎細胞癌・転移性骨腫瘍に対し，IL-2療法施行中に潰瘍性大腸炎を発症した1例：山中和明，中田 渡，阿部豊文，森 直樹，関井潤一郎，吉岡俊昭，板谷宏彬（住友），岸田 修（同消化器内科） 60歳，男性。2004年12月，肉眼的血尿にて当科受診。2005年3月左腎腫瘍（cT1bN0M0）に対し，後腹膜腔補助下根治的腎摘除術を施行。病理検査結果は，RCC，grade III，pT1b。その後，骨転移出現し，IFN療法，放射線療法施行したが，PDのため，2006年6月15日IL-270万単位/day週5回投与を開始。7月12日より下腹部痛・水様性下痢が出現。7月18日IL-2投与中止したが改善見られず。7月21日消化器内科受診し，大腸内視鏡検査にて潰瘍性大腸炎（UC）と診断された。IL-2投与中止を継続し，症状改善したため追加治療は行わず。過去にIL-2療法の副作用としてUC発症の報告例はないが，UC発症にIL-2関与が示唆されており，本症例ではIL-2がUC発症を誘発したと考えられた。

術前に両側副腎転移が疑われた腎細胞癌の1例：山田 篤，田中宣道，吉川元清，中井 靖，青木勝也，田中雅博，平山暁秀，藤本清秀，平尾佳彦（奈良医大） 57歳，男性。2006年2月健診にて超音波検査上，左腎上極に直径4.5cmの腫瘍を指摘されたため，精査加療目的にて当科を紹介された。CT，MRIにて左腎上極に直径4.5cmの内部が不均一に造影される腫瘍と，左腎腫瘍とは明らかに連続性を認めない不均一に造影される両側副腎腫瘍を認めた。術前内分泌学的精査にて異常を認めず，腎細胞癌の両側副腎転移と考え，2006年5月左腎摘除術および両側副腎摘除術を施行した。病理組織所見は，RCC，Clear cell type，G2，INFβであり，左副腎への明らかな浸潤を認めず，pT1bN0M1と診断した。術日よりステロイドホルモンの補充療法を行い，術後8カ月を経過した現在再発転移を認めない。腎細胞癌の両側副腎転移は本邦13例目であり，比較的稀な疾患である。予後は不良であり，今後も厳重な経過観察が必要である。

BCG注入療法後2年4カ月の経過で浸潤性腎盂癌に進展した上部尿路上皮内癌の1例：斉藤 純，真殿佳吾，加藤大悟，矢澤浩治，細見昌弘，佐川史郎，伊藤喜一郎（大阪府医療セ），小嶋啓子（同病理） 75歳，女性。慢性胃炎のため近医通院中に検尿異常を指摘され，当科紹介。自然尿細胞診は陽性であったが，膀胱鏡およびIVPでは異常所見を認めず，左腎盂尿細胞診陽性であり，左上部尿路上皮内癌と診断した。2004年3月よりDJカテーテル留置によるBCG腎盂内注入療法を計8回行い，尿細胞診は陰性化した。2005年8月，膀胱鏡にて左前壁に非乳頭状腫瘍を認め，TUR-BTを施行したところ，膀胱上皮内癌と診断され，2005年9月よりBCG膀胱内注入療法を計8回施行した。2006年7月，腹部CTにて左浸潤性腎盂癌が疑われ，2006年9月，後腹膜腔鏡下左尿管全摘術を施行した。病理診断は，urothelial carcinoma，G2>G3，pT3であった。

右尿管腺癌の1例：山野 潤，山道 深，山田裕二，濱見 學（県

立尼崎) 症例は78歳, 男性. 主訴は無症候性肉眼的血尿. 2004年6月に肉眼的血尿を認めるも放置. 2005年10月に再度血尿を認め近医受診. DIP と逆行性腎盂造影にて右尿管腫瘍を疑われ, 精査加療目的にて同年1月27日に当科紹介入院となった. 自然尿細胞診は class V であり, 腹部造影 CT で右尿管交支部のやや尾側に造影効果のある腫瘍陰影を認めた. 右 RP で右尿管下部から中部尿管にかけてワインカップ様の陰影欠損像を認め, このとき採取したカテーテル尿細胞診は class V であった. 以上より右尿管腫瘍の診断にて2006年2月10日に後腹膜鏡下右尿管全摘術を施行した. 病理組織診断にて尿管腺癌 pT2 と診断された. 精査するも原発と考えられる腫瘍を認めず, 尿管原発の腺癌と診断した.

異時的に全尿路全摘に至った尿路上皮悪性腫瘍の2例: 田口 功, 福本 亮, 日向信之, 結縁敬治, 山中 望 (神鋼) 異時的に全尿路全摘に至った全尿路腫瘍の2例および異時的に両側上部尿路全摘に至った2例の計4例を対象に, 上部尿路悪性腫瘍に対し nephron-sparing surgery が困難なケースの治療方針や術後経過につき検討した. 3例で, 単腎となった後に発症した腫瘍が low grade, low stage であったため, nephron-sparing surgery (経尿道的腎盂腫瘍レーザー焼灼術腎盂腫瘍あるいは尿管部分摘除) を行い NED (1~5年間) を得た. 最終的には再発のために上部尿路あるいは全尿路全摘に至ったが, いずれも根治的手術が可能であり, low grade, low stage の腫瘍に対しては nephron-sparing surgery が有用であった. また, 腎機能温存困難となった時点での全尿路全摘も, 年齢や PS など考慮の上で適応を検討したが, 今回の経験では1例のみ透折導入後5カ月で他因死したほか, 術中術後に大きな合併症を認めず安全に施行しえた.

ハンドル外傷による馬蹄鉄腎峡部損傷の1例: 松本 穰, 中山雅志, 新井康之, 辻村 晃, 奥山明彦 (大阪大), 京極敬典, 角 由佳 (同救命救急セ) 9歳, 男児. 自転車で行く途中, ハンドルで腹部を強打し, 近医受診. 腹部 CT にて馬蹄鉄腎峡部損傷と診断され, 当院救命救急センターへ搬送. 腹部造影 CT にて馬蹄鉄腎周囲に広範な血腫と峡部左側に血管外漏出像を認めた. 血管造影にて峡部枝からの血管外漏出像を認め, コイル塞栓術を施行. 術後全身状態は良好であったが, 第12病日に腹部 CT で左腎周囲への造影剤の漏出像を認め, 同日 DJ カテーテルを留置. 第13病日に尿量は消失した. 尿瘻が生じた理由として, 受傷時に尿路損傷を生じ, 血腫の退縮とともに尿路損傷が顕在化した可能性や, 峡部枝からの動脈塞栓術による尿管周囲の血流不全などが考えられた. 動脈塞栓術後, 長期間にわたり尿路に関して十分な経過観察が必要であると考えられた.

保存的に治療した深在性腎外傷の1例: 藤井秀岳, 福井崇之, 松原弘樹, 宮下浩明 (近江八幡市立医療セ) 19歳, 男性. 2005年12月, ラクロス競技中に右腰部を鈍的に強打. 受傷翌朝, 肉眼的血尿と疼痛が持続するため独歩で来院. 来院時腹部造影 CT にて右腎離断と後腹膜腔に巨大血腫, 右腎下極に尿瘻を認めたが, 腎茎部の血管損傷や他臓器損傷は認めなかった. 以上より, 腎損傷 III b 型と診断, 緊急入院となる. 入院時現症, 血圧 106/50 mmHg, 脈拍 67回/分, 顔面蒼白, 右側腹部の圧痛・腫脹があり, 入院時検査にて HB/HCT=10.9/32.7% と貧血を認めた. 入院2日目に HB/HCT=7.7/22.8%, 3日目に 7.0/21.5% と低下したため輸血をそれぞれ2, 4単位施行した. 以後は, 安静と点滴加療により循環動態も安定し, 入院後7日目に車椅子移動を許可, 14日目に腹部 CT で後出血のないことを確認した上で歩行を開始した. 入院34日目に腹部 CT で血腫の縮小と尿瘻の消失を認め, 退院となった. 現在, 右腎機能軽度低下あるものの, 外来経過観察となっている.

子宮癌術後に発生した骨盤内リンパ嚢腫により両側尿管閉塞をきたした1例: 吉川和朗, 森 喬史, 南方良仁, 西畑雅也, 稲垣 武, 上門康成, 新家俊明 (和歌山医大) 症例は56歳, 女性. 子宮体癌に対し単純子宮全摘除術, 骨盤内リンパ節郭清術施行. 術後骨盤内両側にリンパ嚢腫出現し徐々に増大みられ, 尿量減少みられたため当院産婦人科入院. 両側リンパ嚢腫の穿刺吸引で一時的尿量増加したが, 再び尿量減少したため当科紹介受診. 骨盤内リンパ嚢腫による両側尿管閉塞, 腎後性腎不全と診断し両側尿管ステントを留置. 逆行性腎盂造影で両側尿管の骨盤部で内側への圧排がみられた. ステント留置後尿量は著明に増加し, 血清 Cr 値も低下した. 腹部 CT 上リンパ嚢腫は徐々に縮小し, 右リンパ嚢腫が消失し, 左リンパ嚢腫も縮小したため

両側尿管ステント抜去. 尿管ステント抜去後の IVP で両側尿管の通過良好であった.

気腫性腎盂腎炎の2例: 安藤 慎, 松原重治, 中村一郎 (西市民) [症例1] 77歳, 女性. 膿尿, 左腰背部痛認め腎盂腎炎と診断し, 抗菌薬投与を開始した. 反応不良であり CT にて左腎実質内にガス像認め気腫性腎盂腎炎と診断, 保存的治療継続したが改善なく第6病日に左腎摘除術施行した. 術後経過は良好で第45病日に退院となった. [症例2] 71歳, 女性. 意識レベル低下し, 当院救急外来へ搬送された. 高度の炎症反応および CT で左腎実質内にガス像, 腎盂・尿管の軽度拡張を認め気腫性腎盂腎炎, 敗血症性ショック, 急性腎不全と診断し抗菌薬, 持続的血液透析 (CHD), 尿管ステント挿入を行った. 全身状態は徐々に改善し, 第25病日に退院となった. 気腫性腎盂腎炎は腎実質内外にガス産生を認める重篤な尿路感染症で, 致死率も高く, 保存的治療に反応せず腎摘除を要する症例も多い. 保存的治療とともにドレナージを速やかにに行い, 反応不良の場合は腎摘除を行うことが重要である.

酸性尿酸アンモニウム結石の1例: 室崎伸和, 藤田昌弘, 横山昌平, 横溝 智, 小角幸人 (近畿中央), 吉田重幸 (同放射線), 小林研二 (同外科) 38歳, 女性. 腎盂腎炎で熱発し近医受診. 抗生剤で軽快後, 当科紹介初診. 左腎結石を認め ESWL 施行, 一部排石し成分は酸性尿酸アンモニウムであった. 精査の CT で右傍十二指腸ヘルニアも判明, 食後の腹痛・嘔吐を反復しておりヘルニア整復術を施行. また患者は13年間, 2種類の薬剤を常用していた. 拒食症による嘔吐の反復, 下剤乱用, 慢性腸疾患などによる脱水で循環血漿量が減少し偽性 bartter 症候群の病態を呈すると, 酸性尿酸アンモニウム結石が生じやすいとされており, 本邦報告26例中, 25例で拒食症や下剤乱用などを合併している. 本症例も低カリウム血症が継続しており長期の下剤常用などが結石形成に影響しているものと考えられる.

尿失禁を主訴に受診した巨大膀胱結石の1例: 福井真二, 松下千枝, 藤本 健, 小野隆征, 大山信雄, 百瀬 均 (星ヶ丘厚生年金) 症例は76歳, 男性. 既往歴に肝細胞癌があり, PEIT, TAE を反復施行されていた. 夜間のみ尿失禁を主訴に当科受診. 残尿エコーなどで異常を認めず, 内服薬で経過観察するも膿尿が持続. 再診時の KUB で膀胱内に結石を認めたため膀胱切石術を施行. 重量は 120g で酸性尿酸アンモニウム含有の巨大結石であった. 断面では核となる異物は認めなかった. 術後, 主訴の夜間尿失禁は消失した. 2003年1月~2006年11月に当科で施行した膀胱結石症例の主訴を比較検討したところ肉眼的血尿や排尿困難が多く, 夜間尿失禁を主訴とした症例は認めなかった.

膀胱吊り上げ術後のダクロンが原因となった膀胱結石の1例: 横田智弘, 間山大輔, 竹内一郎, 牛嶋 壮, 中村晃和, 邵 仁哲, 三神一哉, 沖原宏治, 高羽夏樹, 水谷陽一, 河内明宏, 三木恒治 (京都府医大), 飯田明男 (国立滋賀) 55歳, 女性. 既往歴・手術歴: 喘息, 胃潰瘍, 尿失禁の手術. 2005年7月に下腹部不快感を訴え近医泌尿器科受診. 膀胱鏡にて膀胱結石を認め, 2006年2月経尿道的膀胱砕石術施行. 手術時の所見から結石の原因が9年前に尿失禁に対して行われた Stamey 手術に使用されたダクロン (人工血管) であることが判明し, 精査, 加療目的にて当科紹介受診. 2006年7月に経尿道的にダクロンおよびナイロン糸を摘出した.

外傷性精巣破裂を契機に診断された精巣腫瘍の1例: 廣田英二, 大石正勝, 本郷文弥, 伊藤吉三 (京都第二赤十字), 平岡健児 (京都府医大), 杉本浩造 (杉本クリニック), 大江 宏 (学研都市) 28歳, 男性. 2年前から右陰嚢部腫脹を自覚していたが放置. 2006年6月右陰嚢部を蹴られ, 右陰嚢部の疼痛と腫大が増悪したため当院救命救急センター受診. 精巣破裂ならびに精巣腫瘍の破裂と考え, 右高位精巣摘除術を施行した. 摘出組織の病理組織学的所見は, セミノーマと卵黄嚢腫瘍の複合組織型であった. 多臓器への転移は認めず I 期と診断した. 術後5週目頃より右鼠径部の腫脹を認めたため, 腹部造影 CT を施行したところ右鼠径部から陰嚢部にかけて腫瘍の再発を認めた. 2006年8月より BEP 療法を開始したところ, 経過とともに AFP の下降を認めたが, 4コース終了時に AFP は正常化しなかったため, 救済化学療法として VIP 療法を開始した.

後腹膜偶発腫瘍を契機に診断された左精巣腫瘍の1例：石村武志，石川智基，中野雄造，田中一志，武中 篤，原 勲，藤澤正人（神戸大） 53歳，男性。健診のUSで左後腹膜腫瘍を指摘され当科受診。CT，MRIで腎下極レベルの腹部大動脈外側に5×4×3cmの軽度造影効果のある腫瘍を認めた。触診で両側精巣正常。後腹膜神経原性腫瘍の術前診断のもと，腹腔鏡下後腹膜腫瘍摘除術施行，病理診断はseminomaであった。精巣腫瘍の転移を疑い，精巣US，MRIを行ったところ，左精巣内に最大径8mmのSOLを3個認めた。左精巣腫瘍の診断のもと左高位精巣摘除術を施行，病理診断はseminoma，pT1であった。全身検索の結果，摘除した後腹膜腫瘍以外に明らかな転移を認めず，左精巣腫瘍（セミノーマ），stage IIBの診断で，腹部大動脈，患側総腸骨動脈領域および腫瘍摘除部にTotal 35.5 Gyの外照射を施行した。

異時性両側精巣腫瘍の1例：辻本裕一，波多野浩士，高田 剛，本多正人，松宮清美，藤岡秀樹（大阪警察），藤田茂樹，辻本正彦（同病理） 症例は52歳，男性。既婚，3子あり。38歳時，左精巣腫瘍（セミノーマ，stage I）にて左高位精巣摘除術を施行される。追加治療なし。2005年5月頃からの右陰嚢内に痛性腫瘍にて受診。LDH 598 U/LとHCG-β0.2 ng/mlが軽度上昇していた。右精巣はエコー，造影MRIとも腫瘍を疑う所見はなかったが，手術時の生検にてセミノーマと診断後，高位精巣摘除術を施行した。Stage Iで追加治療はせず，術後8カ月現在再発・転移は認めない。両側例は精巣腫瘍患者全体で同時性が1%未満，異時性が2~4%であり，健康人が一側に精巣腫瘍を発生する頻度と比べて一側に精巣腫瘍ができた人が異時性に対側に発生する頻度は500倍以上高率である。異時発生は10年以上の長期にもみられるので，自己触診による早期発見が重要であると考えられた。

PBSCT併用超大量化学療法施行後，塩酸イリノテカン+シスプラチン療法が奏効した精巣Seminoma (pT2N2M0)の1例：森 康範，齋藤允孝，清水信貴，南 高文，林 泰司，辻 秀憲，松本成史，野澤昌弘，田中基幹，石井徳味，植村天受（近畿大），福井淳一（阪和住吉） 42歳，男性。左陰嚢腫大を主訴に2004年11月11日阪和住吉総合病院受診。精巣腫瘍の診断にて同日左高位精巣摘除術施行し，病理診断はpure seminoma。pT2N0M0にて外来通院となるも，2005年9月CT上直径約8cm大の傍大動脈リンパ節転移認めBEP療法2クール施行。傍大動脈リンパ節転移消退せず同年11月7日当科紹介受診，同年11月11日入院。同年11月17日よりBEP3クール目施行。施行中にPBSCH施行。2006年1月12日よりPBSCT併用超大量化学療法施行。さらに同年3月16日より塩酸イリノテカン+シスプラチン療法を施行。CT上腫瘍は縮小しており治療は効果的であったと考えられる。

精巣内リンパ管腫の1例：河嶋厚成，垣本健一，小野 豊，目黒則男，木内利明，宇佐美道之（大阪成人病セ） 31歳，男性。2006年8月ごろより，右鼠径部痛および陰嚢内容腫大を自覚し，同年9月27日当科初診。右精巣は鶏卵大に腫大し，触診上精巣悪性腫瘍を疑わせた。エコーおよびMRIでは多房性の嚢胞を認めた。上記より右高位精巣摘除術を施行した。嚢胞内容は血性であった。組織結果は尿管の増生を認め，免疫染色にてCD31(+)，CD34(-)，D2-40(+)となり，尿管はリンパ管と判断。精巣内リンパ管腫と診断した。リンパ管腫とはリンパ組織が増殖して出来た先天的な組織奇形であり，良性腫瘍である。主に幼児期，頸部や頸部への発生が多く報告されているが，精巣内に発生したとする報告例は本邦初であり，また，海外においても成人男性に発生した例は自験例が初である。

右陰嚢内海綿状血管腫の1例：門脇昭一，三橋 誠，田部 茂（白鷺），寺田隆久（藤井寺白鷺クリニック），加藤禎一（白鷺南クリニック） 症例は77歳，男性。主訴は右陰嚢内腫瘍。既往歴は高血圧，慢性腎不全（保存期）。現病歴は2006年4月より前立腺肥大症のため外来通院治療をしていたが，7月に右陰嚢内の腫瘍に気づいた。触診上右精巣上方に約2cm大の腫瘍を触知し，超音波検査では，1.3cm大の周囲がhigh echoicで内部がlow echoicなmassを認めた。悪性疾患も疑われ加療目的のため入院。2006年8月16日腰椎麻酔下に右高位精巣摘除術施行。病理診断は海綿状血管腫であった。陰嚢内皮下組織より発生する陰嚢内血管腫は比較的希な疾患であり，本邦では自験例を含めると46例が報告されている。多くは海綿状血管腫（23例）である

が，その他には血管リンパ管腫，蔓状血管腫などが報告されている。

前立腺扁平上皮癌の1例：田代孝一郎，河合誠朗，辻野 孝（明治橋），杉村一誠，仲谷達也（大阪市大），大町哲史，伊藤哲二（ペラランド） 74歳，男性。肺気腫，気管支喘息のためHOT導入されている。1997年膀胱腫瘍に対してTUR-Btを施行され，外来で経過観察していたが，1998年9月を最後に来院せず。2005年2月，血尿と頻尿を主訴に来院。著明な前立腺の腫大とPSA 4.6 ng/mlであったので前立腺生検，膀胱生検を行った。病理組織学検査において前立腺より扁平上皮癌を認めたが膀胱部には悪性所見を認めなかった。SCCは25.3 ng/mlと高値であった。他の部位に明らかな悪性腫瘍を認めなかったため前立腺原発の扁平上皮癌と診断した。治療法は全身状態を考慮して放射線治療（64 Gy/32 freq）を行い，改善をみたため退院したが，その後肺炎のため再入院。抗生剤投与で一時的には改善をみるも軽快と増悪を繰り返し徐々に全身状態は悪化し，診断から8カ月後に死亡した。

前立腺癌肉腫の1例：吉田栄宏，氏家 剛，植村元秀，任 幹夫，西村健作，三好 進（大阪労災），川野 潔（同臨床病理） 63歳，男性。排便困難，排尿困難を主訴に当科紹介受診した。直腸診にて鶏卵大，弾性硬，表面平滑な腫瘍を触れた。PSAは19.6であった。画像検査にて前立腺と一塊となった6.5cm大の腫瘍を認めた。経会陰的針生検術にて繊維肉腫が疑われた。前立腺原発または前立腺に浸潤した肉腫の診断にて骨盤内臓全摘，回腸導管，人工肛門造設術を施行した。病理診断は前立腺癌肉腫であった。術後1カ月目に局所再発を認めた。局所再発は急速に増大し，肺転移も認められた。全身状態が悪化し，術後9カ月目に死亡した。前立腺癌肉腫は稀な疾患で国内外を含めて46例しか報告されていない。生存期間の中央値は9カ月で，予後不良な疾患であると考えられた。

I-125 シードを用いた前立腺癌密封小線源永久挿入治療の初期経験：矢西正明，川喜多繁誠，福井勝也，島田 治，杉 彦彦，室田卓之（関西医大滝井），志賀淑子，播磨洋子（同放射線），松田公志（関西医大枚方） [目的] 2006年8月から限局性前立腺癌に対し密封小線源永久挿入治療を開始したので初期経験を報告する。[方法] 中リスク群以下の症例に治療を施行。治療計画はpreplan法，治療は経直腸超音波および透視ガイド下にミックアプリーケーターを用いて行った。治療後4週間でCT/MRIを撮影しpostplanを施行。[結果] 年齢70~79歳cT1c 3例，cT2a 3例，cT2b 1例，Gleason score 5~8。iPSA 5.3~9.97 ng/ml。手術時間75分~195分，シード線源数は39~79個，前立腺容積10.9~37.1 ml。術後排尿障害の悪化を認め，肺への線源移動は1例に認められた。Postplan V100は84.2~91.8%であった。[結語] I-125密封小線源永久挿入治療は術直後の合併症が少なく安全に施行出来る治療法であると考えられた。

前立腺全摘後尿道直腸瘻に対し，大腸薄筋皮弁を用いて修復した1例：寒野 徹，岩村浩志，山本雅一，金丸洋史（北野），種田倫之（康生会武田） 72歳，男性。腹腔鏡下前立腺全摘術時に直腸損傷をきたし，腹腔鏡下に2層に縫合し修復するも，術後尿道直腸瘻に進展した。人工肛門を造設し保存的に治療するも瘻孔は治癒せず，術後7カ月目に修復術を施行した。経会陰的に尿道直腸瘻にアプローチし，瘻孔を切除した後尿道，直腸をそれぞれ縫合した。その後薄筋有茎皮弁を遊離し瘻孔部に充填した。術後尿道直腸瘻は治癒し，その後再発を認めていない。

ホルモン抵抗性前立腺癌に対するDocetaxel，Estramustine併用療法の経験：松下 経，山中邦人，下垣博義，川端 岳（関西労災） [目的] ホルモン抵抗性前立腺癌に対するDocetaxel，Estramustine併用療法の安全性，有用性について検討した。[対象] ホルモン抵抗性前立腺癌9例。年齢62~82歳（平均71.9歳），本療法開始時PSA 0.145~103.7（平均36.4）。[方法] Estramustine 560 mg/day Day 1. 2. 3. 8. 9. 10. 15. 16. 17内服。Docetaxel 30 mg/m² Day 2. 9. 16投与し28日サイクルを1コースとした。[結果] PSAの低下は5例，その内50%以上の低下は3例。副作用は全身倦怠感2例，鼻出血2例。重篤な骨髄抑制や消化器症状，アレルギー反応はみられなかった。

内分泌療法中に排尿障害を契機に見られたPSA陰性再燃前立腺癌の1例：柴崎 昇，後藤崇之，澤田篤郎，沖波 武，石戸谷哲，奥

村和弘（天理よろづ） 67歳，男性．9年前に stage D2 前立腺癌と診断され，精巣摘除術施行された．今年，排尿困難を主訴に再診，PSA 0.08 ng/ml と低値であったが膀胱内に突出する腫瘍性病変を認めため，TUR-P を施行．病理組織診は低分化の前立腺癌（Gleason 5+5=10）であった．PSA 染色では一部のみしか染まらず，PSA 陰性再燃前立腺癌と診断した．リンパ節・骨への転移は完全に消失して

おり，長期間の内分泌療法後に局所のみで再燃をきたしたと思われた．局所コントロール目的で放射線照射を追加した．PSA 陰性の前立腺癌は全体の1%以下であるが，再燃までの期間が短く，生存期間も短い．PSA 陰性の前立腺癌が長期の内分泌療法後に局所のみで再燃をきたすのは稀であるので報告する．