

## 第196回日本泌尿器科学会関西地方会

(2006年9月16日(土), 於 京都テルサ)

**腎盂粘液腺癌の1例**: 宮崎 有, 西澤恒二, 山田 仁, 東 義人 (医仁会武田総合) 73歳, 女性. 他医で左腎に水腎症・萎縮腎・腎結石を指摘されるも放置. 当科にて右腎結石治療後左腎全摘除術施行. 腎内は粘液多量で, 病理組織学的には腎盂原発の粘液腺癌であった.

**CA19-9 が高値を示した原発性尿管腺癌の1例**: 山田剛司, 津村功志, 山尾 裕, 藤戸 章 (済生会吹田) 69歳, 女性. 内科でCA19-9高値の精査中, 腹部CTにて左水腎症, 尿管腫瘍を認めたため当科紹介受診. CA19-9は659.0と異常高値を認めた. 尿細胞診は陰性. 消化管精査, 婦人科的精査では異常を認めなかった. 精査の結果, 尿管腫瘍の診断の下, 左尿管全摘術および膀胱部分切除術施行. 病理組織学的診断はadenocarcinoma, G2, pT3であった. 術後CA19-9は正常化した. 2006年9月現在, 肺転移, 肝転移を認めているが, CA19-9は正常範囲内のままである. CA19-9は再発時のマーカーとして有用とされているが, 本症例では, 肺転移, 肝転移を認めているが, CA19-9は再上昇していない. CA19-9再上昇の有無にかかわらず, 画像診断による厳重な経過観察が必要であると思われた.

**思春期男児膀胱尿道異物の2例**: 桑田真臣, 千原良友, 鳥本一匡, 清水一宏, 影林頼明, 三馬省二 (県立奈良) [症例1] 12歳. 肉眼的血尿, 排尿時痛, 尿道痛を主訴に受診. KUBおよび膀胱鏡にて膀胱尿道に5cm大の安全ピンを認めた. 全身麻酔下に経尿道的に摘出した. [症例2] 14歳. 肉眼的血尿, 下腹部痛を主訴に受診. KUBおよび膀胱鏡にて膀胱内に30×6mm大の円柱状金属片を認めた. 全身麻酔下に経尿道的に摘出した. 2例とも自慰目的の自己挿入であった. 膀胱尿道異物は多数報告されているが, 思春期以前の報告例は比較的稀である. 小児期, 思春期においては自己挿入に至った背景として性的刺激を得る目的に加え, 精神発達遅延, 虐待, 精神障害などの要因も関与しうる. 治療法および再発防止について慎重に対応する必要があると考えられた.

**巨大膀胱結石の2例**: 森 優, 森田壮平, 小山正樹, 今田直樹, 青木 正 (西陣), 田中善之 (市立福知山) 症例1は81歳, 女性. 10年前に脳梗塞を発症し右片麻痺. 内科通院中, 腎盂腎炎疑いにて当科紹介. KUBにて95×75mmの膀胱結石を認めたため, 膀胱切石術を施行. 術後はしばらくは熱発するも抗生剤にて軽快. 膀胱造影にてⅢ度のVURを認めた. 症例2は82歳, 女性. 10年前から腰椎圧迫骨折のため両下肢不全麻痺. 近医にて慢性膀胱炎として治療を受けていたが血尿, 熱発, 下腿浮腫を認めたため当科紹介となる. KUBにて85×55mmの膀胱結石を認め, CTにて両側水腎症を認めた. 採血データ上急性腎不全, DICが疑われたため同日両側腎瘻造設し全身状態の回復を待って膀胱切石術を施行. 術後創離開にて再縫合を行ったが, その後は経過良好であった. 膀胱造影にて両側にⅢ度のVURを認めたためバルーン管理とした.

**放射線療法後の出血性膀胱炎に対し, 尿管皮膚瘻造設術が奏効した1例**: 神農雅秀, 金沢元洪, 前田陽一郎, 田原秀一, 竹内一郎, 植原秀和, 納谷佳男, 川瀬義夫 (松下記念) 74歳, 男性. 右単腎, 尿路結石にて当科経過観察中, 排尿困難が増強した. PSAは正常値だが前立腺辺縁域に低エコー域を認めた. 患者の強い希望で経尿道的前立腺切除術施行. 切除片より前立腺低分化型腺癌を検出した. cT3aN0M0の診断にてMAB療法および放射線療法施行. 前立腺癌のコントロールは良好であったが, 放射線照射後に著明な出血性膀胱炎を来した. 膀胱タンポナーデ, 敗血性ショックを合併し, 右腎瘻造設術施行したが, 逆流した血尿が腎瘻から排出しコントロール不可であり, 右尿管皮膚瘻造設術を施行, 救命しえた. 本症例は放射線性膀胱炎という素地に, 尿閉による膀胱過伸展, 残尿による慢性感染という増悪因子が加わり重度の出血性膀胱炎を来したと考えられる.

**膀胱全摘術後に発生した大網原発平滑筋腫の1例**: 望月裕司, 金子佳照 (県立三宮), 斎藤直敏 (同病理), 古市欣也, 日高晶子, 今井幸子 (同放射線) 60歳, 男性. 2001年春無症候性血尿で初診, 膀胱鏡で後三角部に径2cmの結節性腫瘍を認め, TUR-BT施行;

TCC, G3, pT2でMVAC療法を3コース施行し, 膀胱全摘術+回腸導管造設術施行; TCC, G2, pT2N0M0であった. 術後4年目のフォローで施行した腹部造影CTで骨盤内にダンベル型を呈した腫瘍を認めた. 腹部MRI・消化管造影施行し, 画像診断では膀胱癌術後の局所再発を否定できず, 2006年1月CTガイド下生検施行した. 病理診断は再発でなく, c-KIT・S-100・desminが陰性, SMA・caldesmonが陽性であり平滑筋腫であった. 2月全麻下に腫瘍摘出術を施行し, 病理組織学的には大網に発生した平滑筋腫であった.

**診断に難渋した膀胱憩室腺癌の1例**: 後藤崇之, 澤田篤郎, 沖波武, 柴崎 昇, 石戸谷哲, 奥村和弘 (天理よろづ) 75歳, 男性. 無症状も便潜血陽性で消化器内科受診. CTで骨盤内に膀胱の交通を疑う巨大な腫瘍があり当科紹介受診. 尿細胞診は陰性で, 尿所見は正常. 膀胱鏡で頂部に粘液で充満した憩室様構造物を認めたが, 後に感染を伴い入院した. 腫瘍内粘膜生検, 尿細胞診再検にて悪性所見認めず, 膿瘍を第1に考えた. 抗菌薬投与, 尿道カテーテル留置, 絶飲食, IVH管理にて感染をコントロールし, 腫瘍切除術および膀胱部分切除術を行った. 内腔にゼリー状の粘液を認めた. 得られた組織は広範に炎症像を呈したが, 粘液産生しているadenocarcinomaの病巣が散在し, pT1と診断. 一部で膀胱粘膜を置換する膿瘍増生があり移行上皮由来の膀胱憩室腺癌と診断. 膀胱憩室内に粘液貯留を認める場合, 膀胱憩室腺癌発生の可能性も念頭に置く必要がある.

**膀胱原発Ewing肉腫の1例**: 吉川元清, 平山暁秀, 山田 篤, 中井 靖, 青木勝也, 米田龍生, 田中雅博, 田中宣道, 石橋道男, 藤本清秀, 吉田克法, 平尾佳彦 (奈良医大), 壬生寿一 (国保中央) 症例は57歳, 男性. 術前診断は浸潤性膀胱癌(cT2bN0M0)で, 2006年4月に膀胱全摘術および回腸導管造設術を施行. 病理組織診断は膀胱原発Ewing肉腫/PNET(peripheral primitive neuroectodermal tumor)であった. 一方, RT-PCR法によるEWS-FLI1, EWS-ERG融合遺伝子の検索結果は, 陰性であった. 術後は, 骨Ewing肉腫で施行される補助化学療法(vincristine+doxorubicin+cyclophosphamide:3コースおよびetoposide+ifosfamide:2コース)を施行し, 術後5カ月現在では再発および転移を認めていない.

**BCG注入療法後に前立腺部尿道再発から遠隔転移を来した膀胱癌の2例**: 福本 亮, 日向信之, 田口 功, 今西 治 (神鋼) [症例1] 57歳, 男性. 尿管癌(UC, G3, pT1)にて左尿管全摘術後の膀胱再発, UC, G3, pT1. BCG注入療法にてCRを得られたが, 7カ月後前立腺部尿道に隆起性病変を認め, TUR生検施行. UC pT2G3だった. 10カ月後, 膀胱左後方に転移を認めた. [症例2] 61歳, 男性. 多発性膀胱癌, UC, G2, pTa. BCG注入療法にてCRを得られたが, 3年3カ月後前立腺部尿道に隆起性病変を認めた. TUR生検施行したが, 悪性所見を認めなかった. 3カ月後, 再度前立腺部尿道に隆起性病変を認め, TUR生検施行. UC pT2G3だった. 同月, 多発骨転移, 肝転移を認めた. [結語] 前立腺部尿道に隆起性病変を認めればTUR生検をまず行い, 悪性所見を認めなくても積極的にTRUS下生検をすべきと思われた. 前立腺部尿道再発のうち質的に浸潤するものは予後が悪く, 膀胱全摘を含めた集学的治療が必要と考えられた.

**術後7年目の代用膀胱回腸瘻の1例**: 田原秀男, 清水信貴, 永井信夫 (耳原総合), 谷口雅輝, 裕野孝治 (同外科), 杉本公一 (NTT西日本大阪), 禰宜田正志 (泉北藤井) 症例は60歳, 男性. 浸潤性膀胱癌に対して1996年10月30日膀胱全摘除術および代用膀胱造設術(ハウトマン法)を施行. 手術後4年間は自己導尿を併用した排尿管理がしっかりと行われていた. 主治医とともに他院へ転院後から徐々に1回排尿量の増加が認められていた. 術後7年目に糞尿が出現. 精査の結果, 回腸吻合に使用したステイプルが原因となって代用膀胱回腸瘻を発症したものと考えられた. 当初外科的治療に同意されず, 約3年間の保存的治療を行ったが軽快しないため2006年5月瘻孔修復術を行った. ステイプルが原因と考えられる代用膀胱回腸瘻の報告は少ない. 誘引としては手術後長期間にわたる排尿管理に対するコンプライ

アンスの困難さが考えられた。

**結腸憩室炎による膀胱S状結腸瘻の7例：日向信之，田口 功，福本 亮，今西 治，山中 望（神鋼）** 1995年から2006年までにS状結腸憩室炎による膀胱S状結腸瘻を7例経験した。年齢は41歳から82歳（平均60.7歳）で，全例が男性であった。全例に対して膀胱部分切除およびS状結腸切除を施行した。1994年以降の本邦報告130例を集計し，自験例と併せ検討した。

**回腸利用自排尿管膀胱再建術後，2年後に尿道再発を認めた1例：寺川智章，田中一志，武中 篤，原 勲，藤澤正人（神戸大）** 75歳，男性。2003年12月左尿管腫瘍，膀胱腫瘍にて左尿管全摘除術，膀胱全摘除術，回腸利用自排尿管型代用膀胱（N型 Hautmann）を造設した。膀胱腫瘍は，UC，pT4is，G3，尿管腫瘍は，UC，pT3，G3であった。術後，長期にわたり消化器症状が続いたため，追加療法は施行しなかった。手術から2年3カ月後に，肉眼的血尿，排尿困難を自覚した。会陰部の陰茎根部に母指頭大の圧痛のある硬結を触知した。UCGにて，振子部尿道に2cmにわたる狭窄を認め，尿道鏡では同部位の尿道は狭窄しており，粘膜には，びらんを認めた。尿細胞診ではclass Vを認めた。以上から，膀胱腫瘍の尿道再発と診断した。各種画像検査にて他部位に転移は認めず，同年5月に尿道全摘除術を施行した。病理結果は，UC，pT2で断端は陰性であった。術後，化学療法を施行。現在，再発，転移なく生存中である。

**同時性4重複悪性腫瘍の1例（喉頭，食道，胃，膀胱）：藤末 裕，能見勇人，伊夫貴直和，濱田修史，高原 健，古武彌嗣，瀬川直樹，東 治人，勝岡洋治（大阪医大），辻 求（同病理）** 73歳 男性。肉眼的血尿および嚥下困難を主訴に近医受診。全身検査の結果，喉頭癌，食道癌，胃癌および膀胱癌を認め，精査加療目的に当院紹介された。CTにて下部食道の腫瘍および膀胱腫瘍を認め，上部消化管内視鏡では食道および胃に腫瘍を認め，膀胱鏡検査では広基性乳頭状腫瘍を認めた。食道癌，胃癌に対し開腹開胸食道亜全摘術，胃全摘術施行。膀胱癌に対し膀胱全摘除術，回腸導管造設術施行。喉頭癌に対し放射線療法施行。病理組織結果は，食道は高分化扁平上皮癌でpT3pN1M0，胃は粘液癌主体でpT3pN1M0，GISTも伴っていた。膀胱はUC，G3，INFβ，右閉鎖リンパ節転移を伴っており，pT3apN1M0，喉頭は扁平上皮癌でありpT1N0M0であった。

**後腹膜鏡，HALS下に腎摘除した感染性多発性嚢胞腎の1例：増田憲彦，白石裕介，大久保和俊，岡田卓也，清川岳彦，川喜田睦司（神戸市立中央市民），三上満妃（坂井瑠美クリニック）** 50歳，女性。多発性嚢胞腎で2000年より透析中。2006年5月に38度台の発熱出現。近医の腹部エコーで左腎嚢胞の複数にhyperechoic areaを認めた。腎嚢胞内感染の診断でセフェム系投与するも改善を認めず当院に転院となった。感染性嚢胞の経皮的ドレナージ，抗生剤のCPFXへの変更を行うも炎症所見は改善しないため，腎摘除術を試み。後腹膜鏡下での術中は嚢胞の穿刺吸引とともに，Hand Assist法を採用することで腎腹側面への到達が容易となり後腹膜鏡下に摘出できた。手術時間は44分，出血量250g，標本の大きさは20×12×6cm，1,000gであった。

**体腔鏡下腎部分切除後仮性動脈瘤の1例：植垣正幸，神波大己，岡所広祐，佐野剛視，増井仁彦，根来宏光，宗田 武，吉村耕治，兼松明弘，高橋 毅，中村英二郎，西山博之，伊藤哲之，賀本敏行，小川修（京都大）** 50歳代，女性。主訴は右腰痛。2005年8月右腰痛が出現し，近医受診。造影CTにて右腎腫瘍を指摘。2006年3月当科紹介受診。腎癌（T1aN0M0）と診断し，同年5月後腹膜鏡下右腎部分切除術施行。病理学的診断は腎細胞癌，G2，pT1aであった。術後6日目より間歇的血尿が出現し，術後16日目に部分切除部位にカラドプラー超音波検査にて乱流を認め腎仮性動脈瘤を疑った。選択的腎動脈造影にて仮性動脈瘤と確定診断すると同時にTAEを施行した。その後肉眼的血尿は消失した。体腔鏡下腎部分切除術では腎仮性動脈瘤の頻度が開腹術よりも高く，止血やdefect縫合には一層の注意が必要である。

**左腎Mixed epithelial and stromal tumorの1例：山野 潤，山道深，山田裕二，濱見 學（県立尼崎）** 74歳，女性。2006年2月無症候性肉眼的血尿にて受診。DIP，逆行性腎盂造影で左上腎杯の変形を

認め，CTにて左腎上極に造影不良で境界不鮮明な腫瘍を認めた。悪性腫瘍を否定しえず，左腎尿管全摘除術を施行。病理診断はMixed epithelial and stromal tumorであった。

**感染を契機に発見された完全重複尿管に合併した巨大水腎症の1例：吉岡伸浩，宮崎隆夫，今西正昭（富田林）** 54歳，女性。主訴は熱発，腰痛，肉眼的血尿。理学所見は右背部叩打痛，右腹部腫痛触知。体温38.1°C。CTにて約15cm径の右腎嚢胞状腫瘍を認め，穿刺を行ったところ内容液は1,350mlで暗赤褐色。症状軽快したため腎嚢胞と診断し，一旦保存的に経過観察を行うも3カ月後に再貯留・感染を認めた。再穿刺にて嚢胞状腫瘍より延びる蛇行・拡張した尿管を認め，膀胱側末梢は閉鎖していた。IVUでは併走する下半腎尿管を確認。膀胱鏡では右側尿管口は，尿の流出を認め三角部やや正中寄りに異所開口した下半腎尿管口1カ所のみが確認できた。問診上，生来尿失禁はなし。CTにて膀胱子宮窩に異所開口しさらに末端が閉鎖している右上半腎尿管を確認できたため，右上半腎摘除術を施行した。術後は再発なく経過良好である。

**腎低形成を伴う異所開口尿管に発生した尿管腫瘍の1例：花房隆範，芝 政宏，高山仁志，宮川 康，野々村祝夫，奥山明彦（大阪大），黒田秀也（くろだクリニック）** 72歳，男性。過去に左腎低形成を指摘されたことがある。2006年1月，無症候性血尿出現し近医受診。尿細胞診検査陽性を指摘され当科受診。膀胱尿道鏡検査にて前立腺部尿道の精阜の左近傍に乳頭状腫瘍を認め同年2月入院。経尿道的尿道腫瘍切除術にて腫瘍切除遠位側に乳頭状腫瘍の存在する管腔を認め，MRIなどの画像検査にて腎低形成を伴う前立腺部尿道へ開口した単一異所開口尿管に発生した尿管腫瘍と診断した。同年3月，後腹膜鏡下左腎尿管全摘除術，前立腺全摘除術を施行。術後診断はUC，G2，pT1N0M0であった。術後6カ月で再発は認めていない。単一異所開口尿管に発生した尿管腫瘍は海外報告例を含めて自験例が第6例目である。

**Gemcitabine，Paclitaxel化学療法と放射線療法にて完全寛解を得た膀胱癌多発転移の1例：岡村基弘，吉田浩士，中川雅之，田上英毅，上田朋宏（京都市立）** 74歳，男性。膀胱癌（尿路上皮癌）S状結腸腸浸潤によるイレウス，傍大動脈リンパ節，腹膜転移（UC，T4N2M1）に対して人工肛門増設術後，Gemcitabine（1,000～2,000mg/m<sup>2</sup>/回）+Paclitaxel（100～120mg/m<sup>2</sup>/回）療法を2～4週に1回，計12回施行。6回目には放射線療法3Gy×10回を併用照射した。CEAは66から3まで低下しCT上腫瘍の著明な縮小，リンパ節の消失をみた。2度の膀胱生検と大腸検査で悪性所見なくCRと判断。8カ月以上NEDの状態が続いている。尿路上皮癌についてのGemcitabine，Paclitaxelと放射線療法併用に関する報告はなく，有用な治療法と考えられた。

**G-CSF産生尿膜管癌の1例：倉本朋末，射場昭典，西畑雅也，松村永秀，柑本康夫，上門康成，新家俊明（和歌山医大）** 症例は67歳，男性。主訴は頻尿，肉眼的血尿。CT，MRI，TUR-biopsyより尿膜管癌と診断。また初診時より末梢白血球23,000/μlと増多を認め，血中G-CSF値は67pg/mlと高値であった。G-CSF産生尿膜管癌と診断し，膀胱部分切除術，尿膜管摘除術および骨盤内リンパ節郭清を施行。病理組織学的に扁平上皮癌＋未分化癌，Sheldon分類ⅢAと診断した。術後，白血球数は正常化し，G-CSF値は低下した。術後6カ月の現在再発はみられていない。G-CSF産生尿膜管癌は海外を含め，これまで報告がなく，自験例が第1例目と考えられた。今回，G-CSF産生泌尿器癌について本邦報告例を集計し，最新の予後情報を調査し，G-CSF産生腫瘍の予後因子などについて検討した。

**治療に難渋した多発尿路結石の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），角田洋一（市立池田）** 55歳，女性。2004年11月，尿路感染症のため近医入院加療中に腹部エコーおよびCTにて巨大膀胱結石，多発左腎結石，左尿管結石を指摘され，2004年12月17日当科紹介，膀胱結石に対する加療目的にて2005年1月4日当科入院となった。KUBおよび腹部単純CTにて膀胱内に7.5×5.5cm大の巨大膀胱結石を認めるほか，尿管に1cm大の尿管結石，左腎に1×1.5cm大の7個の結石と数mm大の3個の結石を認めた。2005年1月4日，リソクラストを用いて経尿道的膀胱碎石術を施行した。手術時間は3時間19分，

破碎した結石の総重量は 240 g であった。その後、経尿道的膀胱碎石術を 1 回、TUL を 2 回、ESWL を 5 回行い、1 個の左腎結石を残すのみとなった。

両側非触知精巣に対して腹腔鏡下精巣固定術を施行した 1 例：清水輝記，内藤泰行，横田智弘，鳥山清二郎，三神一哉，沖原宏治，米田公彦，河内明宏，三木恒治（京都府医大） 3 歳，男児 身体所見にて両側非触知精巣，高口蓋，小頭症，多毛などマイナーアノマリー認め染色体異常を指摘された。両側の非触知精巣の精査手術加療目的で当院へ紹介受診となったがその他の泌尿器科的異常は認めなかった。複数の医師による再三の診察にても両側の精巣を触知せずエコーでも同定できなかったが HCG 負荷試験では有意なテストステロン上昇を認めた。2006 年 4 月全身麻酔にて腹腔鏡検査を施行。臍部より 5 mm のポートを挿入し内視鏡にて観察したところ内鼠径輪部に精巣を認めたため（両側）引き続き腹腔鏡下精巣固定術を施行した。精巣血管を上位まで十分に剥離して，膀胱の外側，内側臍索より内側で腹壁を貫通させ陰囊内ポケットに精巣固定した。

先天性副腎皮質過形成症に対する治療が原因と考えられた両側精巣腫瘍の 1 例：齋藤允孝，森 康範，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） 30 歳，男性。生後より先天性副腎皮質過形成症 (21 hydroxylase deficiency) にてステロイド治療を受けていた。無精子症にて当院当科紹介受診となる。来院時，両側精巣は鶏卵大に腫大しており，精巣腫瘍疑いにて両側精巣摘除術施行した。病理検査にて reinke crystal は認めなかったが，免疫染色にてインヒビン  $\alpha$  陽性であり，Leydig 細胞腫と診断した。また正常精巣組織は完全に消失していた。本症例の発生原因として，ステロイドの長期治療を行っていたにもかかわらず，ACTH が持続高値であり，その結果 Leydig cell が腫瘍化したと考えられた。われわれの調べた限り先天性副腎皮質過形成症に合併した Leydig 細胞腫は本邦 2 例目である。

副腎に発生した平滑筋肉腫の 1 例：南方良仁，森 喬史，吉川和朗，稲垣 武，萩野恵三，上門康成，新家俊明（和歌山医大） 78 歳，女性。発熱，嘔吐を主訴に近医受診。US 上，左腎上方に巨大腫瘍を認め，前医を経て，当科紹介受診。画像検査上，左腎上極副腎に一致する部位に直径 10 cm，表面平滑，周囲との境界明瞭な腫瘍を認めた。他臓器には異常を認めなかった。内分泌検査上，明らかな異常を認めず，内分泌非活性副腎腫瘍の診断で，開腹腫瘍摘出術を施行した。腫瘍は，11×10×7 cm，460 g，腫瘍表面に正常副腎組織の一部を認めた。病理診断は，leiomyosarcoma であった。術後補助療法は行わず，術後 5 カ月現在，再発の徴候なく，外来経過観察中である。副腎原発の平滑筋肉腫は，非常に稀な疾患であり，自験例を含め国内外合わせて 18 例の報告例を認めるのみで，本邦においては，9 例目であった。

異時性両側性副腎皮質腺腫によるクッシング症候群の 1 例：吉田栄宏，氏家 剛，任 幹夫，西村健作，三好 進（大阪労災） 51 歳，女性。1989 年，病的骨折の精査にて左副腎腫瘍によるクッシング症候群と診断され経腹的左副腎全摘除術を施行。病理組織診断は副腎皮質腺腫であった。2006 年 3 月，腰椎圧迫骨折をきたした。病的骨折の精査にて右副腎腫瘍によるクッシング症候群と診断し，腹腔鏡下右副腎腫瘍切除術を施行。病理組織診断は副腎皮質腺腫であった。異時性両側性副腎皮質腺腫によるクッシング症候群の報告は非常に稀であり，内外文献上，自験例を含めて 4 例のみであった。

保存的治療により治癒した黄色肉芽腫性腎盂腎炎の 1 例：八尾昭久，千葉公嗣，田中宏和（県立加古川） 37 歳，女性。主訴は右側腹部痛。既往歴に糖尿病があるが放置していた。右側腹部痛が増悪してきたため近医受診。CT で右腎腫瘍を指摘され紹介となる。腹部 CT，MRI で右腎外側に腎実質との境界不明瞭な多房性のう胞性腫瘍を認め，辺縁わずかに造影効果を認めた。右腎腫瘍が強く疑われたが腎悪性腫瘍も否定できないため，経皮的ドレーナージ術＋生検を施行した。膿汁の排出を認め培養結果は *E. coli*，生検結果は xanthogranulomatous tissue であり黄色肉芽腫性腎盂腎炎 (diffuse type) と診断した。血糖コントロールを行うとともに抗生剤の投与で画像所見，自覚症状ともに軽快した。保存的治療のみで軽快した黄色肉芽腫性腎盂腎炎の報告例は少ない。その理由として，腎細胞癌と鑑別困難なことや，腎機

能の廃絶した症例が多いためと考えられた。

Ⅲa の腎外傷を保存的に治療した 1 例：福井勝也，杉 素彦，六車光英，芦田 眞，川喜多繁誠，島田 治，矢西正明，室田卓之，松田公志（関西医大），梶本心太郎，中谷壽男（同病院救急科） 12 歳，男性。2006 年 2 月 19 日，鈍的損傷により，肉眼的血尿，左側腹部痛を認め，当院救急科受診。腹部造影 CT，血管造影上，日本外傷学会腎損傷分類の Ⅲa と診断した。全身状態は，安定していることより保存的に治療した。受傷 15 日目より発熱を認め，腹部 CT 上，尿溢流を認めたため，当科転科後，尿溢流に対し，後腹膜ドレーナージチューブ，尿管ステントを留置したところ，尿溢流と発熱は改善した。受傷 91 日目の DIP で上中腎杯の軽度の拡張，下腎杯の変形を認めるが，排泄遅延，尿溢流は認めていない。Ⅲ型腎外傷でも，近年画像診断の発達により保存的加療が可能であり，本症例のように尿溢流に対し，ドレーナージが尿溢流のコントロールに有用である。

腎 Solitary fibrous tumor の 1 例：吉田健志，山本奈恵，増田朋子，地崎竜介，乾 秀和，渡邊仁人，日浦義仁，大口尚基，河 源，木下秀文，松田公志（関西医大），坂井田紀子，植村芳子（同病理） 症例は，60 歳代，男性。他院で脊椎ヘルニアの精査の際，MRI で偶然に腎実質から腎盂に突出する 3 cm 大の右腎腫瘍を指摘され当科紹介となった。腫瘍は，単純 CT にて腎実質と等吸収域を，造影 CT 皮質相にて強い均一な造影効果を，排泄相での wash out を認めた。また，MRI では T1 強調像・T2 強調像ともに低吸収域を認めた。非典型的な造影効果を認める腎腫瘍であり，鑑別診断として平滑筋腫，線維腫，脂肪成分の少ない血管筋脂肪腫，後腎性腺腫などの良性腫瘍が考えられたが，悪性腫瘍を完全に否定することが困難であったため後腹膜鏡下右腎摘除術を施行。病理組織学上，細胞の浸潤性増殖は認めず良性の Solitary fibrous tumor と診断された。現時点で，術後 3 カ月間再発は認めていない。

両側腎に Oncocytoma が多発した 1 例：仁田有次郎，田中智章，牧野哲也，北本興市郎，細野智子，呉 偉俊，川嶋秀紀，杉村一誠，仲谷達也（大阪市大） 64 歳，男性。主訴は肉眼的血尿。造影 CT にて両側腎細胞癌と診断し，左腎腫瘍に対しては左腎摘出術，右腎腫瘍に対しては右腎部分切除術と RFA 施行した。病理診断は両側腎腫瘍ともに Oncocytoma であった。

組織学的診断に難渋した腎細胞癌の 1 例：高尾典恭，徳地 弘，七里泰正（大津市民），益澤尚子，岸本光夫（同病理） 78 歳，男性。高血圧で近医通院中，US にて径 10 cm 超の左腎腫瘍を指摘され当科受診。初診時，左腹部の軽度膨隆および採血上フェリチン値上昇 (86) を認めた。CT では左腎下半に径 13 cm の heterogeneous で irregular な造影効果のある腫瘍を認めた。臨床病期 T2N0M0 の診断で経腹膜根治的左腎摘除術施行。病理組織像は，密～疎に分布する大小不同の管状構造を示した。腫瘍細胞は，好酸性細胞が主体で淡明細胞は散在し，内腔へ乳頭状に増殖するが線維血管性間質の芯は認めなかった。軽～中等度の核異型を示すが細胞分裂像は見せず，low grade malignancy と考えられた。Clear cell RCC with oncocytic change，papillary RCC with oncocytic change のどちらも共通点があるものの現在の病理学的分類では precise categorization が困難と考えられた。

下大静脈内腫瘍塞栓を認めたペリニ管癌の 1 例：磯谷周治（姫路赤十字），寺川智章（神戸大），山田裕二（県立尼崎），田中一志，武中篤，原 勲，藤澤正人（神戸大） 今回われわれは，下大静脈内腫瘍塞栓を伴うペリニ管癌の 1 例を経験したので報告する。症例は 56 歳，男性。2005 年 12 月に肉眼的血尿と持続する発熱を主訴に近医泌尿器科を受診。CT，MRI 上，左腎上極に Hypovascular な分葉状の 75 mm の腫瘍性病変を認めた。皮髄間のコントラストは消失し，腎静脈内で下大静脈合流部の直前まで進展した腫瘍塞栓を認めた。遠隔転移は認められなかった。精査加療目的にて当院紹介となり，ペリニ管型 RCC もしくは腎盂腫瘍の腎実質内進展と診断，2006 年 3 月 2 日，根治的左腎尿管摘除術および下大静脈内腫瘍塞栓摘除術を施行した。当初，腎静脈内に留まっていると思われた腫瘍塞栓は肝下面の下大静脈内まで進展していた。術後経過は良好であったが，フォローアップ CT にて多発性の肝転移を認めた。現在肝転移病変に対して，シスプラチンを中心とした化学療法を施行中である。

**食道癌腎転移の1例**：福田聡子，佐藤元孝，高橋 徹，原田泰規，東田 章，安永 豊，岡 聖次（国立大阪医療セ） 症例は58歳，女性。2004年5月より食道癌に対し化学療法，食道全摘除術を施行。病理学的には高分化型扁平上皮癌であった。2005年8月のCTにて右腎下極に径6cm大の腫瘍を認め，当科紹介受診となった。SCCとCEAが上昇しており，尿細胞診にて陽性（SCC疑い）であった。食道癌腎転移と考え，2005年9月22日に根治的腎摘除術を施行した。病理学的には食道癌と同じ扁平上皮癌であった。術後経過良好で退院となったが，4カ月後にリンパ節転移，8カ月後に骨転移を生じ，化学療法，放射線療法を施行したが，術後11カ月で死亡した。

**後腹膜横紋筋腫の1例**：福井真二，大山信雄，松下千枝，藤本健，小野隆征，百瀬 均（星ヶ丘厚生年金），丸山博司（同病理） 症例は68歳，男性。深部静脈血栓症疑いの精査目的で当院皮膚科に入院。腹部CTで左後腹膜腔に腫瘤を指摘され当科紹介となった。MRIでは，腰椎左側，腸筋筋後方に辺縁平滑な直径10cm大の腫瘍を認めた。確定診断を目的としてエコーガイド下針生検を施行したところ，横紋筋腫疑いとのことであったため，根治的摘除目的に腫瘍摘出術を施行。病理組織学的診断では核分裂像は認められず，悪性腫瘍は否定的であり骨格筋周囲より発生した横紋筋腫と診断した。術後8カ月目に永眠されたが，病理解剖で腫瘍の再発は認められなかった。心臓外横紋筋腫は稀な良性筋原性腫瘍であり，本邦での後腹膜腔発生例は文献上確認できず，稀な疾患と考えられた。

**後腹膜リンパ管腫の1例**：河嶋厚成，小野 豊，垣本健一，目黒則男，木内利明，宇佐美道之（大阪成人病セ） 34歳 女性。2006年3月27日左上腹部痛にて近医受診。腹部CTにて左後腹膜腫瘍を疑われ当科紹介受診。各種検査にて左後腹膜腫瘍の診断の下，手術施行目的にて同年6月15日当科入院となり，後腹膜腫瘍摘出術を施行した。腫瘍は腎臓と共に摘出した。組織結果は，リンパ管腫と診断した。リンパ管腫はリンパ組織が増殖してできた腫瘍状の先天的な組織奇形であり，良性腫瘍である。好発年齢は10歳以下とされており，後腹膜に発生する頻度はリンパ管腫の0.25%とされている。治療は手術による摘出が第一選択であり，予後は良好である。

**後腹膜神経節細胞腫の1例**：川村憲彦，角田洋一，福原慎一郎，今津哲央，原 恒男，山口誓司（市立池田），足立史朗（同病理） 73歳，男性。腹痛を主訴に近医受診し，施行された腹部CTにて右副腎腫瘍を指摘された。精査にて内分泌非活性右副腎腫瘍と診断されたが，悪性の可能性も否定できないため，2006年3月腹腔鏡下右副腎摘除術施行。腫瘍は副腎と連続性がなく，組織診断の結果は後腹膜神経節腫であった。術後経過は良好で，術後9日目に退院となった。術後6カ月を経過するが，再発の徴候は認められていない。本腫瘍は良性腫瘍に属し，後腹膜腫瘍としては比較的稀な腫瘍である。基本的には予後良好であるが，稀に悪性末梢神経鞘腫瘍や神経芽細胞腫へ悪性転化したという報告例もあり，術後も長期的な経過観察が必要と思われる。

**後腹膜原発GISTの1例**：奥原紀子，中村晃和，竹内一郎，牛嶋壮，邵 仁哲，沖原宏治，水谷陽一，三木恒治（京都府医大），松原弘樹，宮下浩明（近江八幡市民） 56歳，女性。2005年6月下旬腹痛を主訴に近医を受診，骨盤腔内に直径約6cmの腫瘍を認めた。後腹膜腫瘍を疑われ，11月当院紹介となった。CTガイド下生検では悪性所見を認めなかったが，画像診断上，悪性腫瘍の可能性が否定できないため，2006年2月後腹膜腫瘍切除術（開腹）を施行した。尿管と強固に癒着しており，尿管部分切除・尿管吻合術も行った。消化管との連続性は認められなかった。病理組織所見は，c-kit陽性で，Malignant extragastrointestinal stromal tumor (EGIST)であり，術中所見とあわせて，後腹膜原発のEGISTと考えられた。術後6カ月の時点で再発転移を認めない。

**後腹膜平滑筋肉腫の1例**：安藤 慎，松原重治，中村一郎（神戸西市民），森島秀司（同産婦人科） 66歳，女性。2002年10月当院産婦人科で後腹膜腫瘍の診断にて腫瘍摘出術，子宮・左卵巣摘除術施行。病理診断は平滑筋肉腫で，術後に化学療法（CYVADIC療法）を施行。2004年12月頃より外陰～右下肢痛出現し，2005年6月MRIにて膀胱後部右側に2cm大の腫瘍認め，平滑筋肉腫再発と診断され当科紹介受診となった。膀胱壁・膈壁を併せて腫瘍切除を行い，病理組織

は平滑筋肉腫であった。術後化学療法（Gemcitabin・Docetaxel併用療法）を施行し1年間再発転移を認めていない。後腹膜平滑筋肉腫は平滑筋肉腫の約2%と稀である。外科的切除がほぼ唯一の有用な治療法であるが，局所再発が多いため予後不良である。検診などでの早期発見と外科的に十分なmarginを確保した完全切除を目指すことが肝要である。

**小骨盤腔に発生したPeripheral neuroectodermal tumor (PNET)の1例**：稲垣哲典，山本浩介，高田 仁（綾部市立），中村紳一郎（同整形外科），鴻巣 寛（同外科），森 優（西陣），北森伴人（舞鶴医療セ） 64歳，男性。主訴は頻尿と腹部膨満。下腹部に巨大な腫瘍を触れ，CT，MRI上巨大な骨盤内腫瘍を認めた。2005年10月19日当科入院。10月24日に経皮的腫瘍生検を行い，PNETの診断を得た。10月18日より術前化学療法を計3クール施行の上，2月14日に骨盤内腫瘍摘除術を施行。術中膀胱，右尿管への浸潤を認め，膀胱部分切除，右尿管膀胱新吻合術を行った。術後経過良好にて，3月15日退院となった。泌尿器科領域原発のPNETは稀で，若年発症，高度の浸潤，転移性などが特徴で，予後はきわめて悪い。本症例では術前化学療法を施行し，現在再発は認めないが引き続き厳重な経過観察が必要と思われる。

**経直腸的前立腺生検後に大量出血をきたした1例**：齋藤元孝，小池浩之，西岡 伯，秋山隆弘（近畿大堺） 83歳，男性。近医にてPSA 5.7ng/dlであり，経直腸的前立腺生検施行した。生検後より直腸2時方向より動脈性出血認め，ボスミンガーゼにて圧迫止血試みるも止血困難であり，外科医に相談し，碎石位にて直腸鏡下止血術施行し，タンボンガーゼ挿入し止血した。その後頻回にタンボンガーゼにて出血の有無確認するも，明らかな出血認めなかった。しかし，血圧徐々に低下し，タンボンガーゼ除去すると，血塊が大量に排出され，Hb 6.6g/dlであったため，MAP 6単位輸血するとともに，再度外科医に相談し，Jack knife positionにて直腸鏡下結紮術を施行した。その後再出血は認めなかった。出血は上直腸動脈の終末枝である痔動脈より生じていた。直腸出血の危険性を考慮すると，経会陰的前立腺生検のほうが安全と考えられた。

**腎後性腎不全をきたした肉芽腫性前立腺炎の1例**：片山孔一，福井淳一（阪和住吉），神田英憲（第二阪和） 65歳，男性。2005年3月に夜間頻尿を主訴に当科初診。直腸診上前立腺は腫大し，弾性硬，表面平滑であった。PSAは正常。ナフトピジルが無効のため同年7月にTUR-pを施行。切除重量は10gであり，病理組織は肉芽腫性前立腺炎であった。術後も頻尿は改善せず，塩酸プロピペリン投与で経過観察していたが，2006年3月末左腰部痛を訴え来院。両側水腎症Cr 3.3mg/dlと腎機能障害を認め，その後も腎機能が悪化，骨盤部MRIで前立腺の著大な腫大を認めたため，同年4月中旬緊急入院の上，右腎瘻造設術，前立腺針生検を施行。結果は肉芽腫性前立腺炎であった。ステロイド剤の投与で腎機能，水腎症，前立腺の腫大は改善した。TUR-p後の治癒過程で肉芽腫形成が助長された可能性が考えられた。

**排尿困難をきたした前立腺貯留性嚢胞の1例**：丸山琢雄，橋本貴彦，三井要造，上田康生，鈴木 透，樋口喜英，近藤宣幸，野島道生，山本新吾，島 博基（兵庫医大），新長真由美，廣田誠一（同病院病理），吉岡 優（吉岡クリニック） 42歳，男性。4～5日前より排尿困難をきたし，近医受診。腹部超音波検査にて多量の残尿とともに膀胱頸部に直径約15mm大のhypochoic lesion，膀胱鏡にて膀胱頸部2時方向に表面平滑な腫瘍が認められ，精査加療目的にて当院へ紹介された。初診時，腹圧排尿で平均尿流量5.9ml/s，最大尿流量11.0ml/s，残尿160ml。IPSS 28点，QOL 6点。PSA 0.8ng/ml。MRIにて腫瘍はT1Wでhigh intensity，T2Wでhigh intensityを示し，前立腺嚢胞性疾患の診断のもと経尿道的切除術施行した。腫瘍内溶液は白色であった。病理組織学検査では嚢胞内腔は2層の高円柱上皮に覆われ，PSA染色では陰性であったが下層細胞はサイトケラチン陽性であったため，前立腺貯留性嚢胞と診断した。術後排尿状態は著明に改善した。本症例は本邦28例目と考えられた。

**再燃性前立腺癌に対してDTXが効果的で現在22クール目施行中の1例**：清水信貴，辻 秀憲，松本成史，野沢昌弘，田中基幹，石井徳味，植村天受（近畿大） 77歳，男性，近医での検診でPSA 195.13

ng/mlを指摘され2003年2月28日当院紹介受診となる。生検の結果、poorly diff. adenoca, cT3aN1M0であった。MAB開始後2カ月でnadirとなったが、その後6カ月でPSA failureとなり、2、3回内分秘療法を行うも効果なくDTX投与を開始した。DTX 70 mg/m<sup>2</sup> 3-weekly+EMP 10 mg/kg/m<sup>2</sup>/day PO+デキサメタゾン 0.5 mg/day POを1クールとし、2005年1月より開始し(開始時PSA 5.6 ng/ml、テストステロン 0.05 ng/ml)、2006年9月で22クール終了した。現在PSA 2.95 ng/mlで84週の無増悪期間を得ている。非常に長期間効果がでており今後も継続予定である。

**前立腺類内膜癌の1例：梶尾圭介、善本哲郎** (市立川西) 57歳、男性。主訴は無症候性肉眼的血尿。膀胱鏡にて膀胱頸部よりの前立腺部尿道の4時方向に白色脆弱な乳頭状腫瘍を認めた。直腸診にて前立腺の腫大、硬結、圧痛は認めず、PSAは3.71 ng/mlであった。ダイナミックMRIでは膀胱鏡所見と一致する部位に早期より造影される部分を認めた。2005年11月24日経尿道的前立腺切除術および経会陰式前立腺針生検術施行。病理診断は前立腺類内膜癌であった。6カ所採取した針生検組織には悪性所見を認めなかった。術後施行した骨シンチ、腹部骨盤部CTでは転移巣は認めなかった。しかし残存腫瘍を否定できず、酢酸リユープロレリンによる内分秘療法を継続中である。術後9カ月後の現在再発は認めていない。

**移行上皮癌と鑑別困難であった前立腺導管癌の1例：恵 謙、宇都宮紀明、大西裕之、梶田洋一郎、岡部達士郎** (滋賀成人病セ) 患者は67歳。前立腺癌膀胱頸部浸潤の診断で内分秘化学療法施行中に尿閉となり、2006年6月19日TUR-Pを行った。病理診断は移行上皮癌、G3であった。7月25日選択的動注化学療法施行し、腫瘍の若干の縮小を認めた。8月21日膀胱前立腺全摘出、両側尿管皮膚瘻造設術を施行した。摘出標本の病理診断は前立腺導管癌であった。TUR-P切除切片の病理診断再検では、前立腺導管癌の診断で、PSA染色も陽性であった。

**多精巣症の1例：水流輝彦、影山 進、成田充弘、上仁数義、西川全海、牛田 博、岩城秀出、岡本圭生、吉貴達寛、岡田裕作** (滋賀医大) 28歳、男性。中学生の頃に左陰囊内の無痛性腫瘍に気がついたが放置していた。徐々に増大してきたため当科受診された。左精巣上体尾部に小豆大の球形腫瘍を触知した。血液検査に異常所見なく、AFP、HCG-βは正常範囲内であった。超音波断層法にて左精巣上体尾部と思われる部位に径1.6×1.2 cmの精巣実質と同エコー輝度の球形腫瘍を認めた。左精巣上体腫瘍と診断し、腫瘍切除術を行った。精巣上体尾部と精巣との間に精巣に類似した径約2 cmの腫瘍を認めた。腫瘍は精巣上体・精管と独立していた。摘出標本の剖面は黄色調・均一、病理組織像は精細管の萎縮・変性で、腫瘍性変化はなかった。精巣実質と類似した画像所見を示す無痛性陰囊内腫瘍では本疾患を考慮する必要がある。

**精巣 Myxoma の1例：佐藤元孝、福田聡子、高橋 徹、原田泰規、東田 章、安永 豊、岡 聖次** (国立大阪医療セ)、竹田雅司、真能正幸 (同病理) 58歳、男性。左陰囊内腫瘍を主訴に当科受診。超音波にて1.2×1.5×0.9 cmの左精巣腫瘍を認めた。腫瘍マーカーの上昇はなかった。悪性疾患の可能性を完全に否定できず、2005年12月22日左高位精巣摘除術を施行した。病理では精巣と精巣上体との間の線維性組織内に一部鞘膜にかかるように小様状のmyxoid lesionがみられた。また毛細血管のわずかな増加があり、やや大型の紡錘形あるいは聖亡状細胞が、疎に増殖していた。細胞は大型の核を有し、全体にクロマチン増なく、分裂像も見られなかった。免疫組織染色ではCD34+、SMA、MIBIなどで陰性であり、myxomaの診断となった。術後フォロー中も明らかな再発は見られていない。

**精巣鞘膜嚢胞の1例：西川信之、長船 崇、金 哲将** (公立甲賀) 38歳、男性。左陰囊内腫瘍を自覚して当科初診。超音波、MRIにて精巣上方に、造影効果を認めない単房性の嚢胞状病変を認めた。患者希望もあり経過観察としていたが、徐々に増大を認めた。悪性腫瘍を疑い左高位精巣摘除術予定したが、術中所見が精巣鞘膜内嚢胞であり、浸潤、癒着も見られなかったため、嚢胞切除術を施行した。組織は立方上皮細胞によって覆われた線維性組織を壁とする嚢胞であり、悪性所見を認めなかった。精巣固有鞘膜由来嚢胞は、本邦で15例の報告が見られた。年齢は小児4例、成人11例と2峰性を示し、症状は、

小児では4例中3例が急激な有痛性陰囊腫大、一方成年では、全例緩徐な無痛性陰囊腫大であった。急速増大など疑わしい症例では、悪性中皮腫の合併の報告もあるため、手術を積極的に行うべきと考えられた。

**後腹膜神経鞘腫を合併した Seminoma の1例：二宮典子、鞍作克之、細野智子、杉村一誠、仲谷達也** (大阪市立大)、伊藤周二、竹垣嘉訓 (市立柏原) 28歳、男性。2006年3月左辜丸の無痛性腫大を自覚し受診。左精巣腫瘍と診断し、高位精巣摘除術施行。病理診断はPure Seminoma, pT1。術前検査にて仙骨前面に5 cm大の辺縁整の右骨盤内腫瘍を認め、腫瘍マーカーは術前すべて軽度高値であったが、術後AFPのみ高値遷延したため、臨床的非Seminomaと診断。BEP療法2コース施行するも腫瘍縮小認めず、AFPは上昇したため、骨盤内腫瘍切除術を施行。病理診断はSchwannoma of pelvic cavity。術後4カ月経過するが、精巣腫瘍の再発を認めず、AFPは正常上限で落ち着いている。

**高齢者に発生した進行性精上皮腫の1例：林 哲也、山口唯一郎、古賀 実、菅尾英木** (箕面市立)、今津哲央 (市立池田) 73歳、男性。右陰囊内容の腫大を主訴に2004年8月近医受診し、当科紹介受診した。右精巣腫瘍の診断で、右高位精巣摘除術を施行した。腫瘍マーカーは陰性で、画像検査にて転移を認めずステージIの精上皮腫と診断。その後経過観察となっていたが、術後2カ月で急速に増大する肺・後腹膜リンパ節転移を認め、再入院となり化学療法施行した。気管支拡張症があるため、BLM使用せずEP療法を選択、4コース施行後の画像検査では転移病巣は消失し、画像上CRとなり退院。化学療法終了後1年6カ月たった現在、転移再発ともに認めず、外来で経過観察中である。65歳以上の高齢者にみられた精巣胚細胞性腫瘍は稀で、1980年以降では本邦報告40例目であり、精上皮腫に限れば本邦報告22例目であった。

**陰囊痛を契機に発見された精巣腫瘍の1例：加藤大悟、真殿佳吾、齊藤 純、矢澤浩治、細見昌弘、佐川史郎、伊藤喜一郎** (大阪府立医療セ)、小島啓子、伏見博彰 (同病理)、角田洋一 (市立池田) 症例は56歳、男性。主訴は左陰囊部痛。既往歴は、高血圧、高脂血症。股間を打撲した後から左陰囊の腫大、疼痛を自覚し、当科受診。左陰囊内に硬結を認め、超音波検査にて精巣・精巣上体は一塊となり、内部はheterogeneousであった。精巣上体炎もしくは精巣内血腫と考え、抗生剤内服するも症状軽快せず、左陰囊内容除去術施行。精巣内に径4 cmの球状腫瘍を認め、内部は充実性であり、一部に血腫を伴っていた。病理診断は精巣腫瘍であった。急性陰囊痛を主訴とする精巣腫瘍は精巣・精巣上体炎を伴う場合、その診断がさらに困難となるが、その鑑別方法について若干の文献的考察を加え報告する。

**直腸癌に併発した精索脂肪肉腫の1例：波多野浩士、辻本裕一、高田 剛、本多正人、松宮清美、藤岡秀樹** (大阪警察)、打越史洋、中原正明 (同外科)、松浦成昭、辻本正彦 (同病理) 78歳、男性。2004年11月頃から無痛性の左鼠径部の腫瘍を自覚。同年12月から便秘および下血を来し、当院外科にて精査の結果、直腸癌と診断された。左鼠径部腫瘍の精査加療目的にて当科紹介。超音波検査、CT、MRIにて左精索に2×4×6 cm大の類円形の腫瘍を認めた。左精索腫瘍と診断し、2005年3月24日外科にて直腸癌に対してHartmann手術を施行し、同時に左高位精巣摘除術を施行した。精索腫瘍の病理診断は高分化型脂肪肉腫であった。直腸癌の病理診断は低分化型腺癌、stage 3Bであった。精索脂肪肉腫に対しての追加治療は行わず、術後6カ月が経過した時点で精索脂肪肉腫の再発転移は認められなかったが、直腸癌の増悪のため死亡された。

**陰茎癌肉腫の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) 48歳、男性。30歳で包皮環状切除術の既往がある。主訴は陰茎先端の搔痒感と出血。現症は埋没包茎で、包皮口内に暗赤色の腫瘍を認める。陰茎腫瘍の診断で腫瘍切除術を施行した。病理診断は陰茎癌肉腫(高分化扁平上皮癌と血管内皮への分化傾向をもつ肉腫成分を認める)であった。後日、陰茎部分切除術施行した。鼠径リンパ節腫大を認めず、リンパ節郭清は行わなかった。扁平上皮癌成分の残存を認めたが切除断端は陰性だった。術後3カ月現在では再発・遠隔転移を認めない。陰茎癌肉腫は、われわれが調べた範囲で30症例の報告

があり陰茎癌全体の1.7%～4%といわれている。約50%にリンパ節転移があり、1年生存率も約50%と通常の陰茎扁平上皮癌より予後不良であった。今後も嚴重な経過観察が必要と考える。

**腎癌・膀胱癌・前立腺癌の同時性三重複癌の1例**：真殿佳吾，矢澤浩治，加藤大悟，齊藤 純，細見昌弘，佐川史郎，伊藤喜一郎（大阪府立医療セ），伏見博彰（同病理） 70歳，男性。頻尿・排尿困難を主訴に当科初診。尿潜血（3+），尿細胞診陽性にて膀胱鏡施行。左側

壁中心に広基性の非乳頭状腫瘍を認めた。また，PSA 138 ng/ml と高値であり，前立腺癌も疑われた。2006年3月30日経尿道的膀胱腫瘍切除術，経直腸的前立腺生検施行。浸潤性膀胱癌・前立腺癌と診断され，さらに Staging の CT にて左腎癌も認めた。左腎癌，膀胱癌，前立腺癌の同時性三重複癌と診断し，2006年5月25日膀胱前立腺摘除術・尿道全摘術・根治的左腎摘除術を施行した。これまで泌尿器三重複癌の報告は調べた限り国内外で自験例を含め19例であった。