

第201回日本泌尿器科学会関西地方会

(2007年12月1日(土), 於 大阪医科大学)

右心房に至る静脈内腫瘍塞栓をともなった腎細胞癌の1例: 吉岡 巖, 中山雅志, 辻畑正雄, 野々村祝夫, 奥山明彦 (大阪大) 72歳, 男性. 主訴は肉眼的血尿と下腿の浮腫. 現病歴: 2007年1月に下腿の浮腫が出現し, 近医内科受診. 利尿薬投与にて軽快した. 4月に肉眼的血尿が出現し, 近医泌尿器科受診. CTにて右腎腫瘍ならびに下大静脈内腫瘍塞栓疑いで当院へ紹介となった. 腹部CTでは右腎は全体に腫瘍化しており最大径は12cm大, 腎門部に4cm大のリンパ節転移を認めた. 胸部CTでは右心房に至る静脈内腫瘍塞栓を認めた. 心エコーにて右心房内に4cm突出する腫瘍塞栓を認めた. 右腎癌cT4N2M0と診断し, 治療として右腎摘除術, リンパ節郭清術, 体外循環使用下で下大静脈ならびに右心房を切開して静脈内腫瘍塞栓摘除術を施行した. 肝静脈より腸骨分岐までの下大静脈は完全閉塞していたため切除した. 手術時間は19時間, 肝静脈の遮断時間は20分, 出血量は10,820mlであった. 腫瘍塞栓の先端の位置で分類して(Novickの分類)手術法について考察し, また予後を規定する因子について文献的な考察を行った. 本邦での報告51例についての集計を行った.

保存的治療に抵抗し腎摘除術を施行した腎外傷の1例: 西澤 哲, 森 喬史, 倉本朋未, 射場昭典, 南方良仁, 藤井令央奈, 松村永秀, 新谷寧世, 稲垣 武, 根本康夫, 原 勲 (和歌山医大) 34歳, 男性. 2007年4月, 崖から転落しCTで右腎外傷IIIb型H2U2(日本外傷学会腎損傷分類)と診断され, 径カテーテルの動脈塞栓術(TAE)による保存的治療を行った. 経過中尿溢流を認めドレナージを試みたがコントロールできず, 受傷26日目に腎摘除術を施行した. 術中, 腎周囲の癒着が強固で剥離は困難をきわめた. 術後合併症として十二指腸瘻を認め, その診断に難渋した. TAEによりIII型損傷は保存的に加療できる症例が多いが, 保存的加療抵抗時には手術が困難となる症例が多く, 早期に外科的加療へ踏み切る判断が必要である.

根治的腎摘除術後 Paraneoplastic syndrome による高血糖症が治癒した腎細胞癌の1例: 村時基次, 石村武志, 倉橋俊史, 三宅秀明, 田中一志, 武中 篤, 藤澤正人 (神戸大) 71歳, 男性. 主訴は口渴, 全身倦怠感. 近医で空腹時血糖548mg/dlおよびHbA1c12.2%を指摘され当院内科紹介, 右腎細胞癌が疑われ当科紹介となる. 肺転移を有する右腎細胞癌cT3aN0M1と診断し, 根治的右腎摘除術を施行した. 病理診断は淡明細胞癌であった. 術後空腹時血糖は速やかに正常化し, 術後8週間でのHbA1cは6.1%であった. INF α およびIL-2による術後免疫療法を開始した. 現在術後6カ月が経過しているが局所再発なく, 肺転移巣にPRをえた. 腎細胞癌は多彩なparaneoplastic syndromeを来すが, 高血糖症を呈することは稀である. 手術により高血糖症が治癒した腎細胞癌症例は自験例で13例目である.

副腎血管肉腫の1例: 佐藤 尚, 山本奈恵, 六車光英 (済生会野江), 平塚拓也 (同病理), 三島崇生, 松田公志 (関西医大枚方) 50歳代, 男性, 半年前からの右側腹部腫瘍を主訴に受診. CTで肝腫瘍を疑われたが血管造影にて栄養血管は右腎動脈の枝で副腎動脈と考えられ当科紹介. MIBGシンチ, アドステロールシンチともに異常集積は認めず. MRIはT2強調画像で高信号を示し, 内部は不均一で出血壊死が考えられた. 画像上転移は認めず, 副腎原発神経原性腫瘍や後腹膜平滑筋肉腫を疑い左半側臥位で経腹的に腫瘍摘除術施行. 摘除標本35 \times 21 \times 12cm, 4,500g. 病理組織学的には, 異型内皮細胞で覆われた不規則な血管が, 吻合しながら増生し海綿状の形態を呈していた. 免疫組織化学的に von Willebrand factor 陽性, CD34 陽性で血管肉腫と診断. 副腎組織の残存も認め右副腎原発と考えられた. 術後6カ月間IL-2を投与し術後8カ月が経過. 再発転移は認めていない.

腎摘除術を施行した気腫性腎盂腎炎の1例: 望月裕司, 熊本廣実, 細川幸成, 林 美樹 (多根総合), 藤本清秀, 平尾佳彦 (奈良県立医大) 症例は62歳, 女性. 初診の2週間前からの発熱と左背部痛を主訴に受診. 体温37.7度, 腹部理学的所見では左叩打痛を認めた. 糖尿病の既往歴はなかったが, 入院時血液検査で著明な炎症所見と耐糖能異常を認めた. 腹部CTで左腎上極に腎筋膜内にとどまる air-fluid

levelを形成する膿瘍腔を認めた. 左気腫性腎盂腎炎(Huang分類class3A)の診断で腎摘除術施行, 病理診断はacute pyelonephritisで, 膿培養はE coliであった. 術後経過良好で, インシュリンによる血糖コントロールのうえ24日目に退院した.

著明な肝浸潤を伴った紡錘細胞型腎細胞癌の1例: 岡 裕也 (奈良社保), 山中健也, 藤井英明, 鍛 利幸, 冨原康行 (同外), 市島國雄 (同病理) 40歳, 女性. 腹痛, 発熱にて受診. 右上腹部に腫瘍を認め, 発熱, 貧血とCRP高値, 腫瘍マーカーではNSE高値を認めた. CTなどにて著明な肝浸潤を伴う右腎中心の径17 \times 13 \times 10cm大の巨大な後腹膜腫瘍を認めたが転移所見を認めず, 針生検で悪性線維性組織球腫(MFH)と診断. 術中所見では肝浸潤とともに十二指腸下行脚と腹膜に浸潤を認め, 根治的右腎摘除術, 肝三区域切除術, 十二指腸腸合併切除, 胃空腸吻合術を施行. 最終病理診断は一部淡明細胞型を合併する紡錘細胞型腎細胞癌(G2>3, pT4N0M0)であった. 術後INF α およびIL-2治療を行うも術後2カ月目に肝門部再発, 肝内転移を認め, その後肺転移, 腹膜播種を来し術後4カ月目に死亡した.

腎周囲血腫と鑑別が困難であった後腹膜線維肉腫の1例: 中井 靖, 鳥本一匡, 影林頼明, 三馬省二 (県立奈良), 島田啓司, 小西 登 (奈良医大病態病理) 47歳, 男性. 左腰背部痛を主訴に近医を受診. CTで8 \times 8 \times 9cmの腎周囲血腫と診断され, 当科紹介. 造影MRIでも腎周囲血腫と診断された. 自覚症状が消失し, 患者の都合により, 一度退院した. 1カ月後の再入院時には, 腫瘍は急速に増大しており, 腫瘍性病変が考えられたため手術を行った. 血腫と考えられた病変は赤褐色の腫瘍であり, 下行結腸, 腎に浸潤していた. 左半結腸, 左腎, 腫瘍摘出を行ったが, 根治的摘出はできなかった. 病理組織診断でherring bone patternを示した. 免疫染色の結果から, きわめて悪性度の高い線維肉腫と診断された. 患者, 家族に同意の上で, 化学療法は行わなかった. 2カ月後に嘔吐, 下腹痛出現し, 再入院. 局所再発の急速な進展をみとめ, 手術3カ月後に永眠された. 死亡時, 遠隔転移, リンパ節転移は認められなかった.

馬蹄鉄腎に合併した右腎細胞癌の1例: 加藤 実, 岩井友明, 出口隆司, 西原千香子, 二宮典子, 田中智章, 内田潤次, 仲谷達也 (大阪市大) 48歳, 男性. 健診のエコーで右腎腫瘍を指摘され近医を受診. CTにて馬蹄鉄腎および造影効果を受ける4cm大の右腎腫瘍を認めたため精査加療目的に当科紹介受診, 手術目的で入院となった. 3DCTにて右腎動脈は4本認め, 大動脈から直接分岐していた. また右腎静脈は2本認めた. 馬蹄鉄腎に合併した右腎細胞癌cT1bN0M0の診断のもと, 経腹的に峡部離断術および右腎摘除術を施行した. 手術時間は3時間34分, 出血量は340ml. 峡部離断にはリガシエーを用いた. 病理組織所見はclear cell carcinoma, pT3a, G1>G2であった. 術後インターフェロン療法を開始し, 術後約5カ月の時点で再発を認めていない.

腎静脈原発平滑筋肉腫の1例: 加藤大悟, 真殿佳吾, 谷川 剛, 矢澤浩治, 細見昌弘, 伊藤喜一郎 (大阪府医療セ) 52歳, 男性. 左側腹部痛出現し, 前医受診. 腹部造影CTにて左腎門部に径5cmのhypovascular tumor認め, 当科紹介. CT, MRIでは腎実質から発生しているように見え, 腎細胞癌の可能性あり, 後腹膜鏡下左腎摘除術施行. 腎門部に最大径5.3cmの腎静脈壁から発生して内腔に向かって発育する灰白色の分葉状病変が認められた. 腫瘍は腎静脈切除断端には及んでおらず, 腎実質, 腎動脈, 尿管, 左副腎には著変を認めなかった. 病理診断は腎静脈原発平滑筋肉腫であった. 一般的な平滑筋肉腫の予後不良因子として考えられる腫瘍細胞のmitosisは強拡大10視野で11~13個認めた. 術後9カ月現在, 再発, 転移を認めておらず外来にて経過観察中である. 腎静脈原発平滑筋肉腫は自験例を含めて本例が16例目である. その長期予後は不明であり, 予後因子の検討も困難であるが, 一般的な平滑筋肉腫では完全切除例での長期生存が報告されており, 本症例でも今後の再発などについて十分な観察を行っていく予定である.

5 FU 動注+IFN α により縮小を認めた腎癌巨大肝転移の1例: 木下竜弥, 高尾徹也, 松本 稔, 市丸直嗣, 西村和郎, 野々村祝夫, 奥山明彦 (大阪大) 60歳, 男性. 1992年4月当院で右腎腫瘍 T1aN0M0 に対して, 右腎部分切除術施行. 病理結果は RCC, papillary type, granular cell subtype, G1>G2, INF β , pV0, pT1a, 切除断端陰性であった. 術後2年間は転移, 再発を認めず. その後は自己判断にて通院を中止. 2006年9月健診の腹部超音波検査で肝臓に直径10cmの腫瘍を指摘され, 当院に紹介となった. 胸腹部造影CTで腎癌局所再発, 肝転移, 横隔膜下転移, 多発肺転移と診断した. 肝転移巣が最大の予後因子と考え, 週3回のIFN α 皮下注に加え, 肝動注ポートを留置し, 5FU 1,000 mg/日5日間の化学療法を繰り返した. 10ヵ月後の腹部造影CTで肝転移の41%の縮小を認めた. 腎局所再発, 横隔膜下転移, 肺転移はNCであった. 5FU動注+IFN α 併用療法は腎癌肝転移に対して有効である可能性が示唆された.

移植腎に発生した嚢胞性腫瘍に対し腎部分切除術を施行した1例: 兵頭洋二, 倉橋俊史, 石村武志, 竹田 雅, 三宅秀明, 田中一志, 武中 篤, 藤澤正人 (神戸大) 51歳, 女性. 原病不明の慢性腎不全にて, 1998年3月24日に血液透析を導入した. 2007年1月12日に当院にて献腎移植術を施行した. 導入免疫抑制剤はBLX, Tac, MP, MMFの4剤を使用した. 術後3ヵ月後の定期検診時, 超音波検査にて移植腎に隔壁を有する約4cmの嚢胞性腫瘍を認めた. 悪性腫瘍の可能性を否定出来なかったため, 同年6月14日移植腎部分切除術を施行した. 病理診断はcystic nephromaであった. 術後血清クレアチニンは0.9~1.0 mg/dlである.

腎盂癌との鑑別が困難であった腎門部 Rosai-Dorfman 病の1例: 中嶋正和, 高尾典恭, 七里泰正 (大津市民) 79歳, 男性. 主訴は頻尿と排尿時痛. 顕微鏡的血尿を認め, 尿細胞診 class IV であり尿路上皮腫瘍が疑われた. 画像検査で左腎と両側腎門部に腫瘍性病変を認め, 膀胱鏡にて膀胱内に複数の乳頭状腫瘍を認めた. 左腎盂癌, 両腎門部リンパ節転移と膀胱癌と診断. TUR-Btと後腹膜鏡下左尿管全摘除術施行. 腎門部病変はRosai-Dorfman病 (Sinus histiocytosis with massive lymphadenopathy)で, 膀胱癌 (UC, G2, pTa)を偶然合併していた. Rosai-Dorfman病は原因不明のきわめて稀なリンパ節反応性病変の1つである. 体表リンパ節腫脹を伴わない節外性例が43%にみられるとされ, 腎, 腎周囲に発生した例は自然消失が期待できず, 腎不全などの合併症が出現することが懸念されるため, close follow upが必要である.

リンパ節転移を伴った染色体転座関連腎細胞癌の1例: 岡村基弘, 神波大己, 上田政克, 井口 亮, 堤 尚史, 真鍋由美, 千菊敦士, 清水 崇, 渡部 淳, 宗田 武, 吉村耕治, 兼松明弘, 中村英二郎, 西山博之, 賀本敏行, 小川 修 (京都大) 18歳, 男性. 主訴は肉眼的血尿. 腎細胞癌 T1bN2M0と診断. 根治的左腎摘除術およびリンパ節郭清施行. 右交感神経は温存した. 染色体転座関連腎細胞癌の特徴とされる淡明な腫瘍細胞で構成された乳頭状構造, psammoma body, hyaline noduleを認め, 若年であること併せ, 染色体転座関連腎細胞癌 pT3N2, G3と診断. 術後IFN α 300万単位, 週3回投与中. 術後7ヵ月NEDで経過中. 自験例を含めた染色体転座関連腎細胞癌33例の検討ではリンパ節転移を52%の症例に認めたが, リンパ節郭清を行うことで平均3.8年のNEDをえており, N (+)例ではリンパ節郭清による予後改善が期待される.

両側副腎褐色細胞腫に対して一期的腹腔鏡下左副腎全摘右副腎部分切除を行った1例: 原田二郎, 山本奈恵, 渡邊仁人, 日浦義仁, 木下秀文, 松田公志 (関西医大) 35歳, 女性. 人間ドックで右副腎腫瘍を指摘, 精査にて左腎門部リンパ節腫大も認めた. 131I-MIBGシンチで右副腎腫瘍のみ集積, 18F-FDG-PETで左腎門部リンパ節腫大部のみ集積を認めた. 内分泌検査で右褐色細胞腫と診断. 左腎門部のリンパ節腫大は転移も考慮し腹腔鏡下右副腎全摘除と左腎門部リンパ節の摘除予定であったが, 術中所見にて右副腎腫瘍が副腎外発生と思われ, 部分切除. 左腫瘍は副腎上極と連続しており, 副腎の一部と合併切除した. 肉眼的に切除面の副腎髄質の肥厚を認め, 術中迅速病理検査でも腫瘍の存在が疑われ, 追加全摘除となった. 病理所見は両側副腎原発褐色細胞腫. 悪性度はPASSスコアでは右6・左1と右の方が高く, 一般的に報告されている画像所見からの悪性度と逆であった.

経尿道的前立腺切除術で発見された前立腺偶発癌 (A癌) の臨床検討: 中西真一, 後藤崇之, 澤田篤郎, 柴崎 昇, 石戸谷哲, 奥村和弘 (天理よろづ相談所) [目的] TUR-Pにより発見された前立腺偶発癌のうち, 臨床病期 A2 例の無治療経過観察の可能性について検討した. [対象・方法] 2001年4月から2007年7月までの間に前立腺肥大症の診断でTUR-Pが施行された584例 [結果] 30例 (5.1%)で前立腺癌が発見された. 臨床病期 A1 が17例, A2 が13例, 7例で術前前立腺生検が施行されていた. 平均年齢72.9歳 (60~90歳), 平均PSA 10.3 ng/ml (1.18~41.3 ng/ml), 平均観察期間26.5ヵ月 (1~82ヵ月). Gleason scoreはA1例で全例6以下, A2例で7が11例, 8が2例, 初期治療はA1で2例が前立腺全摘除術, 15例が無治療, A2で1例が放射線治療, 1例が内分泌療法, 11例が無治療であった. A1例無治療15例のうち2例で追加の治療を必要とした. A2例無治療11例で追加の治療を必要とした症例はなかった.

当院における前立腺全摘除術の臨床統計: 伊夫貴直和, 上原博史, 小村和正, 西田 剛, 高原 健, 能見勇人, 瀬川直樹, 東 治人, 勝岡洋治 (大阪医大応用外) 当院において施行した前立腺全摘除術症例159例について各種因子と術後PSA再発との関係を検討した. 平均年齢は68歳, 術前の平均PSA値は18.99, PSA再発はリンパ節転移症例を除いた153例中42例 (27.5%)に認められ, 各因子に対し, Kaplan-Meier法を用いPSA再発との関係を検討した. *ew*, *sv*, PSA (20未満 vs 20以上), *cap* では *p* 値0.05未満であり有意差を認めた. その他の因子 (*pn*, *v*, *ly*, 病理 Gleason score) では (+) と (-) の間に有意差は認めなかった. 次に, 各因子に対して多変量解析を行った結果, *ew*, *sv* において *p* 値が0.05未満となり PSA 再発の有意な予後予測因子であった.

鼠径部巨大腫瘍を呈した Seminoma の1例: 中濱智則, 福井真二, 桑田真臣, 初鹿野俊輔, 岡島英二郎, 藤本清秀, 平尾佳彦 (奈良医大) 52歳, 男性. 2005年頃より右鼠径部の腫脹を自覚していたが放置. 2007年2月に近医受診し, 右陰嚢内腫瘍の精査目的に当科紹介受診. 右陰嚢および右鼠径部に手拳大の腫瘍を触知し, 血液検査ではLDH, NSEで高値を認めた. MRIおよび頸部から鼠径までのCTでは, 右陰嚢部腫瘍, 右外腸骨動脈周囲, 大動脈周囲リンパ節転移が疑われた. 腫瘍が巨大で周囲組織への浸潤も疑われ, 精巣摘除術は困難と考えたため針生検を施行し, seminomaの病理診断をえた. 以上より右精巣 seminoma stage IIIC, IGCCC good prognosisとしてBEPを4コース施行し, マーカーは正常化し画像上PRがえられた. 患者の希望で精巣摘除術を含む郭清術は施行せず, 8ヵ月後の現在画像上再燃なく, マーカーも正常値を維持している.

低血糖発作にて発見された後腹膜 Solitary fibrous tumor の1例: 河嶋厚成, 氏家 剛, 任 幹夫, 西村健作, 三好 進 (大阪労災), 川野 潔 (同病理) Solitary fibrous tumorは比較的稀な間葉系の腫瘍であり, 後腹膜に認める例や低血糖を来たす例は稀である. われわれは血糖16 mg/dlによる意識消失発作を主訴とする56歳男性のsolitary fibrous tumorの1例を経験した. CTにて20×15×15 cmの後腹膜腫瘍を認め, 後腹膜腫瘍摘除を施行し, 術後4ヵ月にて低血糖および再発を認めず経過している. 病理組織像ではhemangiopericytoma様の血管増生像を有し, 紡錘細胞や卵型細胞の無秩序もしくは渦状に増殖する“patternless pattern”を呈しており免疫染色にてCD34に好染した. また腫瘍組織内に腫瘍細胞密度の増加しているところや核異型度が強く分裂像を認める組織が混在しており, これにより悪性solitary fibrous tumorと診断しえた. 低血糖発作を主訴とする後腹膜原発悪性solitary fibrous tumorは自験例で2例目である.

炎症性腹部大動脈瘤による後腹膜線維化症の2例: 射場昭典, 倉本朋未, 西澤 哲, 森 喬史, 藤井央央奈, 南方良仁, 松村永秀, 新谷寧世, 相本康夫, 稲垣 武, 原 勲 (和歌山医大) 炎症性腹部大動脈瘤による後腹膜線維化症から両側水腎症を来たした2例を経験した. 強固な癒着のため人工血管置換術が不可能であった症例に対してはステントグラフト内挿術にステロイド療法を併用し水腎症は改善傾向であるが, 保存的療法を選択した症例では水腎症の改善はみられない. 炎症性腹部大動脈瘤の本邦報告355例を集計すると水腎症は約4分の1の症例で報告されており最も多い合併症であった. 水腎症を合併した炎症性腹部大動脈瘤のうち詳細の明らかな42例の治療法を検討すると, 人工血管置換術のみが施行された症例ではほぼ全例で水

腎症の改善が報告されていた。このことから今後改善のみられていない症例に対しては積極的治療を予定したいと考えている。

腎発生Hyaline血管型Castleman's diseaseの1例：小林憲市，藤田昌弘，辻本裕一，新井康之，高田晋吾，松宮清美（大阪警察），波多野浩士，高田剛（市立池田），藤岡秀樹（北大阪警察）70歳，男性。結腸憩室炎のフォローCTにて直径15mmの左腎腫瘍，両側副腎腫瘍，傍大動脈リンパ節の腫大を指摘され，2006年6月に当科紹介受診。自覚症状は認めず，血圧・脈拍異常なく，血液検査上も異常所見を認めず。MRIにてT1強調画像で等信号，T2強調画像で低信号。左腎癌・傍大動脈リンパ節転移・副腎転移と診断し，左腎部分切除術施行。腫瘍は直径20mm，弾性軟，表面平滑，境界明瞭，切除断面は乳白色。術中迅速病理検査にて悪性所見を認めず，腫大リンパ節の悪性も否定され，両側副腎は温存とした。病理組織検査にて，過形成を伴うリンパ組織およびリンパ濾胞の形成，濾胞間領域の血管増生が認められ，Hyaline血管型Castleman's diseaseと診断した。

多発性Chromophobe RCCの1例：堤尚史，宗田武，清水崇，渡部淳，吉村耕治，神波大己，兼松明弘，中村英二郎，西山博之，伊藤哲之，賀本敏行，小川修（京都市）46歳，女性。主訴は肉眼的血尿。両側多発腎腫瘍の精査加療目的に1996年当科紹介。両側多発RCCと診断し，肺転移も疑われたためIFN α +5FU療法を行った。6カ月後，NCの評価でIFN α のみ継続。6年後，右腎上極腫瘍のみPR，他はNC。IFN α を中止して3年後，腫瘍ごとにCR，NC，PDと反応が分かれた。肺野の多発結節影は変化なく，転移の可能性は低いと判断。PDの左腎腫瘍を周囲の小腫瘍とともに切除。病理診断は全てchromophobe RCCであった。残存腫瘍は現在まですべてNCで経過観察中である。Chromophobe RCCの予後は比較的良好だが，本症例では多発腫瘍の残存もあり慎重に経過を追う方針である。

限局性尿管アミロイドーシスの1例：奥田英伸，鄭則秀，志水清紀，今津哲央，吉村一宏，清原久和（市立豊中）78歳，男性。主訴は肉眼的血尿。尿細胞診はclass IIであったが，CTでは左水腎症と左下部尿管に造影される10mm大の腫瘍陰影を認め，左尿管悪性腫瘍を疑い，左腎尿管全摘除術を施行した。病理組織検査では尿管アミロイドーシスであった。全身検索のため，血清・尿中蛋白検査，および消化管の生検も行ったが，異常所見は認めず，限局性尿管アミロイドーシスと診断した。術後8カ月を経過するも再発は認めない。尿管に限局するアミロイドーシスは比較稀であり，自験例は本邦69例目と思われた。本疾患は，尿管腫瘍と診断され尿管全摘除術が施行されている症例が多いが，予後は良好であり，明らかな尿管腫瘍の所見に欠ける場合には，本疾患も念頭におき，生検や術中迅速病理検査も検討し，腎温存に努めるべきであると考えられた。

外傷性右尿管狭窄に対し虫垂尿管置換術を施行した1例：村井亮介，牛田博，上仁数義，影山進，吉貴達寛，岡田裕作（滋賀医大），長船崇，金哲将（公立甲賀）20歳，男性。バイク事故による多発外傷にて近医緊急搬送された。右血胸・腹腔内出血・中結腸動脈右枝断裂・右下腿骨折に対し緊急手術施行された。術後3週間目に右水腎症，ユリノーマを同定。RPにて尿管途絶あり，尿管ステント留置困難であるため腎瘻造設された。AP，RP同時施行され約2.5cmの尿管完全狭窄，4.5cmの尿管伸展不良を同定された。腎瘻留置に伴う腎盂腎炎を5度繰り返したため，尿路再建目的で当院紹介となった。約7cmの尿管狭窄部に対し，代用尿管として虫垂尿管置換術を施行した。術後虫垂尿管置換部の通過は良好であった。代用尿管としては回腸利用が一般的であるが，健全な虫垂による右尿管置換は，より低侵襲で推奨できる方法である。

大動脈尿管瘻の1例：福本亮，日向信之，大場健史，結縁敬治，山中望（神鋼），東山洋（同外科）84歳，男性。2003年3月，膀胱癌にて膀胱全摘除術，尿管皮膚瘻造設術施行。Tubelessが達成されずステントの留置を余儀なくされた。2007年7月6日皮膚瘻からのmassiveな血尿を認め受診。腹部単純CTにて大動脈尿管瘻と診断し，緊急に手術を施行した。大動脈は尿管との瘻孔以外にも腎動脈分岐部から総腸骨動脈にかけて多数の仮性動脈瘤を形成しており，瘻孔閉鎖術のみでは治癒しえないと考えられた。大動脈Y字型人工血管置換術，左腎摘出術を施行し救命しえた。尿管大動脈瘻は診断が難しく，また致死率が高い重篤な疾患であるため，尿管皮膚瘻からの出血

では常に本疾患を鑑別診断にあげることが重要と思われた。

尿管海綿状血管腫の1例：豊島優多，松下千枝，中農勇，藤本健，小野隆征，大山信雄，百瀬均（星ヶ丘厚生年金）28歳，男性。家族歴，既往歴に特記事項なし。2007年5月右側腹部痛と血尿を主訴に近医受診。右尿管結石を指摘され，精査加療目的に6月当科紹介。点滴静脈性腎盂造影および腹部CTにて右尿管結石（U3），左尿管腫瘍を認めた。膀胱鏡検査では左尿管口は開大しており，尿管の蠕動運動にあわせて腫瘍が入り出していた。後日，右尿管結石は自然排石された。2007年7月腰椎麻酔下に尿管鏡下生検を施行。尿管口より約8cmの部位に明らかな茎部を有する単発の腫瘍を認め，レーザーにて腫瘍基部を凝固後離断した。病理学的診断は海綿状血管であった。

尿管瘤内結石の1例：羽阪友宏，山越恭雄，渡邊美博，江崎和芳，川中俊明（石切生喜）41歳，男性。2007年5月，残尿感主訴に当科受診。エコー，CTにて膀胱結石疑い，膀胱碎石術目的に入院。CT上，単一尿管，腎盂・尿管の拡張はなし。膀胱内に径13mmの結石像を認めた。膀胱鏡にて，左尿管口部に尿管瘤内結石を合併した膀胱内尿管瘤を認めた。尿管瘤は膀胱充滿時に虚脱や外翻を認めず。経尿道的に，尿管瘤頂部に8mmほどの切開を入れ結石を取り出し，碎石し摘出した。本症例では，尿管瘤内結石の合併により切開線が長くなり，膀胱内残存尿管による逆流防止機能は期待できなかったが，術後5カ月，臨床的に問題となるVUR，尿路感染を認めていない。

回腸利用新膀胱造設術後9年目に発見された巨大膀胱結石の1例：畑中祐二，吉岡伸浩，今西正昭（済生会富田）67歳，男性。骨折の精査中に膀胱結石を指摘。9年前に膀胱癌に対して膀胱全摘除術およびHautmann法による回腸利用新膀胱造設術を行っていたため，当院へ紹介となる。術後約3年間は定期的に通院していたが，それ以降仕事を理由に通院していなかった。本人，家族は数年前より尿の異臭には気づくも放置していた。Lithoclast，stone punchを用いて膀胱碎石術を施行。結石分析はリン酸アンモニウムマグネシウム結石95%以上，摘出重量は108g，尿培養は緑膿菌が検出された。膀胱碎石術後半年後にpressure-flow studyを行った。蓄尿期最大膀胱内圧が26cmH₂O，排尿時最大膀胱内圧が90cmH₂Oだった。尿流量測定は最大尿流速が14.3ml/秒，排尿量が55ml，残尿量は43mlだった。これらの検査結果から今回の原因は残尿によるものと考えられた。

経過中に尿路細胞癌を合併した腫瘍形成性増殖性膀胱炎の1例：湊のり子，林哲也，薦原宏一，松岡徹，藤本宜正，小出卓生（大阪厚生年金），春日井務（同病理）56歳，男性。顕微鏡的血尿精査のため施行した腹部超音波で膀胱内に隆起性病変認め当科受診。膀胱鏡で膀胱頸部から三角部にかけて非乳頭状の隆起性病変を認め，TUR-Bt施行。病理結果は増殖性膀胱炎であった。半年後，同部位に腫瘍の再発を認めTUR-Bt施行したところ，増殖性膀胱炎に一部尿路上皮癌の合併を認めた。増殖性膀胱炎は現在のところ成因は不明とされているが悪性腫瘍との関連はないと考えられている。しかし今回のような合併例も存在するため，組織学的検査を含めて慎重な経過観察が必要と考えられる。

外傷性膀胱破裂の1例：廣田英二，関英夫，本郷文弥，伊藤吉三（京都第二赤十字），戸田孝祐，下村克己，泉浩（同外科）36歳，男性。飲酒後に自転車を下り坂を走行中に転倒し，当院救命救急センターに搬送された。搬送時患者は酩酊状態で，下腹部に圧痛を認めた。膀胱留置カテーテルを挿入したところ，肉眼的血尿を認めた。腹部造影CT検査で腹壁ヘルニアおよび膀胱周囲に造影剤の溢流を認めた。膀胱造影でも膀胱周囲に造影剤の溢流を認め，軽度の膀胱の変形を認めた。腹膜外膀胱破裂および腹壁ヘルニアと診断し，緊急手術を施行した。腹直筋筋膜の断裂および膀胱頂部から前壁にかけての損傷を認めた。膀胱修復および筋膜縫合を施行した。本症例は骨盤骨折は認めず，外傷による腹直筋筋膜断裂・腹壁ヘルニアを合併しており，非常に稀な症例であった。開腹手術により膀胱破裂と腹直筋筋膜断裂を同時に修復しえた。

膀胱全摘除術後に膈より腸管脱出を認めた1例：福井崇之，白石匠，細田光洋，山田剛司，藤原敦子，谷口英史，金沢元洪，中村晃和，内藤泰行，邵仁哲，三神一哉，沖原宏治，浮村理，高羽夏

樹, 水谷陽一, 河内明宏, 三木恒治 (京都府立医大) 71歳, 女性. 主訴は下腹部痛, 会陰部腫痛感, 膀胱癌 (cT3bN0M0, UC, G3) に対して, 術前補助化学療法施行後, 膀胱全摘除術および回腸導管造設術を施行. 術後7カ月目, 腹圧時に陰より小腸の脱出を認め救急受診. 還納整復後, 入院となった. 経膈小腸脱出の診断のもと, 経膈的, 経腹的手法による膈瘻孔閉鎖術を施行した. 経膈小腸脱出は子宮全摘除術後の合併症の一つとして報告されているが, 泌尿器科領域での報告は稀である. 本症例のように膀胱全摘除術に際して, 子宮および膈前壁を合併切除する場合には, 合併症の一つとして経膈小腸脱出の可能性も念頭に置く必要があると考えられた.

子宮癌術後, 放射線治療後, 広範な膀胱腫瘍をきたした1例: 空昌治, 谷本義明, 松村健太郎, 岩井謙仁 (和泉市立) 78歳, 女性. 55歳時子宮頸部癌に対し子宮全摘除術, 術後放射線治療 (照射方法, 照射量不明) を受けた. 57歳時腸閉塞にて回盲部切除, 63歳時直腸腫瘍に対し人工肛門造設, 68歳時放射線性膀胱炎, 69歳時膀胱直腸瘻, 73歳時膀胱腫瘍を合併. 子宮全摘除術後, 腸閉塞術後創部治癒不全の既往があり, 放射線治療後晚期尿路合併症に対して積極的な尿路変向術を行わず尿道カテーテル留置による保存的療法による経過観察とした. 76歳時膀胱尿道後壁と膈前壁の壊死欠損により広範な膀胱腫瘍状態となり尿道カテーテル脱出が起これり完全尿失禁状態となったためカテーテル留置を中止した. その後腎盂腎炎を認めたものの保存的に軽快し, 水腎症の増悪, 腎機能の低下は認めず. CT, 超音波検査, 膀胱鏡, 血液生化学検査による通院経過観察中である.

膀胱 Fibroepithelial polyp の1例: 楠田雄司, 岡本雅之, 小川隆義 (姫路赤十字), 濱平陽史 (同小児科), 田中宏和 (県立加古川) 8歳, 女児. 無症候性肉眼的血尿を認め当院小児科を受診. US で膀胱内に腫瘍を指摘され当科紹介となる. MRI, ドップラーエコーにて膀胱後壁に1.5 cm 大の血流の豊富な腫瘍を認めた. 粘膜下層は保たれていた. 診断と治療を兼ねて, 経尿道的切除術を施行した. 内視鏡所見では, 三角部奥の後壁に有茎性の papillary tumor を認めた. 病理所見では, 腫瘍の表面は入り組んでいるが, 尿路上皮に異型を認めず, 間質は浮腫状の繊維性結合織から成っており, 血管が豊富であった. Fibroepithelial polyp と診断した. 膀胱の fibroepithelial polyp は稀で, われわれの調べた限りでは, 本邦第1例目と思われる.

前立腺癌に合併した膀胱ヘルニアの1例: 日向信之, 福本 亮, 大場健史, 結縁敬治, 山中 望 (神鋼) 74歳, 男性. 主訴は右陰囊部腫脹, 排尿困難, 尿意切迫感, 二段排尿. PSA 高値にて前立腺生検を施行し臨床病期 T2bN0M0 の前立腺癌と診断した. 陰囊部腫脹はCT, MRI, 膀胱造影にて膀胱ヘルニアと診断した. 治療は根治的前立腺全摘除術と同時に後方アプローチにて膀胱ヘルニア修復術を施行した. 腹直筋筋膜とCooper 靭帯との縫着を試みたが, 欠損部が大きく修復が不十分であると思われるため, Kugel patch を恥骨膜に固定し, 修復を完成させた. 前立腺癌の病理診断は Gleason score 3+4=7, pT3a であった. 術後5カ月現在, pad free となっており, 生化学的再発や膀胱ヘルニアの再発を認めていない.

前立腺に発生した Solitary fibrous tumor の1例: 山田 篤, 穴井智, 永吉純一, 吉田宏二郎, 仲川嘉紀 (大和高田市立) 72歳, 男性. 排尿障害を主訴に受診. PSA は 0.85 ng/ml. 超音波検査での前立腺容積は 240 cm³. 前立腺生検を行い, solitary fibrous tumor と診断. 前立腺全摘除術を行った.

前立腺小細胞癌の1例: 竹澤健太郎, 吉田栄宏, 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) 54歳, 男性. 発熱, 全身倦怠感を主訴に前医受診. 種々の抗生剤治療を受けるも発熱, 白血球 27,000~34,000/ μ l, CRP 21~25 mg/dl が持続した. 胸部CTで転移性肺腫瘍を指摘されPET-CTで前立腺癌が疑われた. 針生検の結果, 前立腺小細胞癌と診断され当科紹介. PSA は 2.21 ng/ml で Pro-GRP が 1,567.0 pg/ml と高値を示した. 前立腺小細胞癌 cT4N1M1c と診断し肺小細胞癌に準じ CBDCa+VP-16 療法, CDDP+CPT-11 療法, amrubicin 療法と3レジメン施行したが奏効せず, 診断後6カ月で治療終了となった. 抗腫瘍剤投与により一時的に発熱, 白血球増多などが軽快したことから G-CSF などのサイトカイン産生腫瘍の可能性も示唆されたが確定診断には至っていない. 発熱を契機に見えられた前立腺小細胞癌はこれまでに報告がない.

ドレーナージュチューブの自然断裂の1例: 長船 崇, 瀧本啓太, 金哲将 (公立甲賀) 72歳, 男性. 2006年12月 PSA 高値 (10.4 ng/ml) を指摘され当科受診. 精査により前立腺癌 T1cN0M0 と診断した. 2007年4月恥骨後式前立腺全摘除術施行. 術後リンパ漏を認め, 13日目にドレーナージュチューブの抜去を試みたところ, 皮下約4 cm のところで抵抗なく断裂した. 翌日局所麻酔下に残存ドレーナージュチューブ抜去術施行. チューブの断端は腹横筋筋膜下にあり, チューブ抜去時にも抵抗を認めなかった. 電子顕微鏡写真で断端部に針やメスによる傷は認められず原因は特定できなかった. 国内での年間の使用本数10数万本のうち2~3件の自然断裂の事例があり, 本症例では筋膜での負荷が原因となった可能性が考えられた.

両側水腎症をきたした Cystitis glandularis の1例: 森 康範, 奥田康登, 加藤良成, 井口正典 (市立貝塚), 山崎 大 (同病理) 47歳, 男性. 2005年11月7日朝より排尿時痛, 頻尿, 残尿感認め当科受診. 膀胱頸部から三角部にかけて壁肥厚がみられ, 表面平滑なポリープ状の隆起性病変を認めたため同年12月19日経尿道的膀胱生検施行し cystitis glandularis と診断. 2006年1月12日可及的に腫瘍切除. 同年10月17日両側水腎症, 尿管を認め右腎は萎縮, 再発認めたため両側PNS 造設, 尿管留置. 一旦軽快するも再度左水腎症を認めたため2007年6月21日尿管回腸膀胱吻合術施行. cystitis glandularis は良性疾患であるが, 自験例のように再発を繰り返し, 水腎症を合併する可能性も考えられるため定期的な経過観察が必要であると思われる.

両側精巣上体・精巣結核の1例: 大家角義, 山崎 浩 (神戸労災), 酒井 豊, 森下真一 (神戸百年記念) 47歳, 男性. 右陰囊の腫脹を自覚し近医を受診する. 治療を受けるも反側側まで腫大してきたため当科紹介される. 両側陰囊内容ともに鶏卵大に腫大していた. 超音波検査では腫瘍には低エコーと高エコーが混在していたが, 精巣腫瘍か精巣上体炎かは鑑別できなかった. 血液検査では炎症所見なくまた膿尿を認めなかった. 抗菌剤を投与したが, 病変はほぼ不変であった. β HCG サブユニット, α フェトプロテインは基準値以下であったが, 可溶性 IL-2 レセプターは上昇していた. 血沈は亢進しツ反は強陽性であった. MRI にて T2 強調像で低信号の辺縁が整な mass を認め, 精巣内にも低信号を示す領域を認めた. 抗菌剤で難治なこと, 血沈亢進, ツ反が強陽性, MRI より結核性炎症が最も考えられたが悪性も完全には否定できず両側の精巣上体を摘出した. 病理所見は肉芽腫性精巣上体炎で, 結核菌は証明されなかったが, ツ反が強陽性であることと併せて結核と診断した.

精巣に発生したカルチノイド腫瘍の1例: 山中和明, 斉藤 純, 佐藤元孝, 森 直樹, 関井謙一郎, 吉岡俊昭, 板谷宏彬 (住友) 48歳, 男性. 3年前から徐々に左精巣腫大を自覚し, 当科紹介受診. 血液検査所見では, 炎症反応を認めず, AFP, β HCG, LDH に上昇は認めず. 左高位精巣摘除術を施行. 摘出病変は7 cm 大, 270 g であった. 病理組織所見では round cell がシート状, リボン状に, また偽腺管状に配列し, ロゼッタ形成も認め, 免疫染色では chromogranin A, synaptophysin とともに陽性を示したため, 精巣カルチノイドの診断とした. Teratoma 成分は認めなかった. 胸腹部CTで多臓器に病変を認めず, 注腸造影検査も施行したが異常認めなかったため, 精巣原発の carcinoid と考えられた. 術前術後を通し, カルチノイド症候群は呈さなかった. 経過フォロー7年目の現在も, 再発を認めていない.

陰茎に発生した神経鞘腫の1例: 井上貴昭, 佐藤仁彦 (河内総合), 森井英一 (同病理) 39歳, 男性. 幼少時に陰茎根部の左腹側に無痛性の腫瘍に気づいたが放置. その後, 徐々に腫瘍が増大するため2007年3月17日に当科受診. 患者は排尿症状, 性交障害などの症状は認めなかった. 身体所見で, 陰茎根部の左腹側に表面平滑, 弾性硬で20 mm の腫瘍を認めた. 圧痛はなく, 腫瘍は可動性良好であった. また, 鼠径部リンパ節腫脹, 皮膚色素沈着などは認めなかった. MRI 画像では, 腫瘍は陰茎左腹側に T1 強調画像で low intensity, T2 強調画像で high intensity に描出され, T1 強調造影画像では造影効果を認めた. われわれは陰茎に発生した良性腫瘍を疑い, 2007年5月17日, 陰茎腫瘍を摘出した. 病理組織学的検査にて腫瘍は Antoni A と Antoni B の混在する良性の神経鞘腫と診断した.

フルニエ壊疽の1例：安藤 慎，松原重治，中村一郎（神戸西市民） 症例は79歳，男性。2007年4月尿閉にて近医受診し，バルンカテーテル留置されたが，カテーテル自己抜去した。翌日より呼吸苦あり，かかりつけ医へ救急搬送された。血液検査で炎症反応の上昇認め，CTにて左鼠径部膿瘍指摘され当院へ救急紹介された。恥骨付近から左鼠径部，左大腿内側にかけて皮膚の腫脹・発赤認め，左陰囊皮膚は壊死を認めた。フルニエ壊疽の診断で同日緊急で下腹部～左陰囊の切開排膿・デブリドメント施行した。抗菌療法，創洗浄を行いつつ，第9，28病日に臍周囲，左大腿部に新たに出現した膿瘍の切開排膿・デブリドメントを施行し，第97病日に軽快退院した。フルニエ壊疽は外陰部に発症する重症壊死性筋膜炎で，今日でも死亡率の高い救急疾患である。早期の感染部の広範な排膿ドレナージと強力な抗菌療法，全身管理，CTによる新たな病巣の有無の精査が必要である。

全周性巨大尿道憩室の1例：鈴木 啓，荒木博孝（済生会滋賀） 47歳，女性，主訴は尿閉。CTにて尿道全周に及ぶ巨大な憩室を認め，これが尿閉の原因と考えられた。手術は経腹的に施行，術後失禁などの合併症はなく残尿は消失した。3カ月後のCTで憩室の再発は認めていない。

陰茎内異物により傷害をきたした2症例：葉山琢磨，黒木慶和，浅井利大，森本和也，石井啓一，上川禎則，金 卓，坂本 亘，杉本俊門（大阪市医療セ），**山田 朗**（同形成外科） 症例1：53歳，男性。既往歴に糖尿病20年前に陰茎プロステシス挿入術施行されたが，その後亀頭部より脱出，当科受診。脱出部に一部感染を伴っていた。MRIT2で，両側陰茎海綿体に異物が挿入されており，陰茎の先端部付近で異物の周囲に高信号が見られた。特に先端部で目立ち，皮下に及んでいた。陰茎海綿体の固定糸を見つけ切断，プロステシスを抜去した。症例2：35歳，男性。7年前に陰茎内にワセリンを自己注入。約2年前より痛みと滲出液を認め，近医受診。保存的に軽快せず，手術を希望され当科受診。陰茎全体に硬結を認め，亀頭部付近では肉芽が著明で潰瘍形成を伴っていた。MRIでは，陰茎の皮膚および皮下組織は著明に腫脹。T1で大部分が高信号で，T2では大部分が低信号。病変の海綿体への明らかな浸潤所見は見られず。陰茎異物摘除術，遊離植皮術施行。病理組織学的にはlipogranulomaであった。

CTで発見されたFournier's壊疽の1例：大家角義，山崎 浩（神戸労災），**酒井 豊，森下真一**（神戸百年記念） 65歳，男性。22年前，脊髄損傷を受けて以来，四肢麻痺と胸部以下の知覚消失があり，車椅子の生活をしてきた。また尿路管理のため当科へ通院していた。時々，尿路感染による発熱があった。現病歴は，熱が出たが，いつもと違って解熱しないため当科を再診する。膿尿と血液検査で強い炎症反応が認められたため入院となる。抗生剤投与と輸液を行うも弛張熱が続き，炎症反応は治まらず全身状態は悪化し腹部膨満をきたしたため，腹部CTを施行した。右会陰部より肛門周囲，臀部にかけてガス像を伴う濃度上昇域が認められFournier's壊疽が疑われた。局所所見は全身状態の割りに乏しかった。緊急でデブリドメントを行い救命しえた。脊髄損傷は神経因性膀胱，直腸障害，知覚障害のためFournier's壊疽を起こしやすく，また発見が遅れ易い。診断よりも発症や再発を予防することが重要であり，本症例には，今後，適切な尿路管理指導が望まれる。

骨盤内再発をみとめた腔 Premalignant melanosisの1例：福井真二，桑田真臣，初鹿野俊輔，中濱智則，中井 靖，高橋英二，平山暁秀，藤本清秀，平尾佳彦（奈良医大） 67歳，女性。不正性器出血で当院婦人科を受診。前陰壁から陰前庭に黒色の着色あり，擦過細胞診で良悪性の診断付かず，1999年陰悪性黒色腫疑いで単純子宮全摘および腔全摘術を施行。病理組織結果はpre-malignant melanosisであった。術後，外来で経過観察するも，2006年10月骨盤部の痛みを訴え婦人科を再診。外尿道口粘膜の黒色病変を指摘。黒色腫の尿道再発を疑われ，精査目的に当科へ紹介。全身検索で施行したCT，MRIで膀胱右側に嚢胞性腫瘤像を認めたが，黒色腫の骨盤内再発は考えられなかった。尿道悪性黒色腫疑いに対し尿道全摘除術および膀胱皮膚瘻造設術を施行。同時に骨盤内腫瘍摘除術を施行。骨盤内腫瘍は内部に黒色の内容物を貯留しており，病理結果は悪性黒色腫であった。補助療法としてDAV-feron療法を施行し，現在再発なく経過している。

後腹膜平滑筋腫の1例：山田浩史，森田壮平，稲垣哲典，山本浩介，佐藤 暢，高田 仁（綾部市立），**北森伴人**（舞鶴医療セ） 55歳，男性。他院で超音波上，膀胱背側に腫瘍性病変を指摘され当院で精査。CT・MRIにて膀胱右背側に8×7×6cmの境界明瞭な腫瘍性病変を認めた。経皮的腫瘍生検を施行しleiomyomaの診断であったが悪性腫瘍の可能性を否定できないため腫瘍摘出術を施行。腫瘍は周囲臓器との癒着を認めず容易に剥離・摘出できた。摘出標本は大きさ8.5×6.5×5.0cm，重さ154g，内部均一白色調。病理所見では紡錘形細胞が縦横に束状配列をとり，核異型に乏しく核分裂像を認めなかった。以上より後腹膜孤立性平滑筋腫と診断した。後腹膜平滑筋腫は全後腹膜腫瘍中1.0%程度と稀な疾患である。悪性との鑑別には組織所見上，核分裂像の有無や腫瘍の大きさが重要で，核分裂像が高倍率10視野中5個以上，腫瘍径7.5cm以上では悪性の可能性が高いとされる。

認知症患者に対する透析治療の臨床的検討：樋口彰宏（真星） 当院にて慢性維持血液透析療法中の患者89名（内入院患者45名）中，36名に認知症が認められ，そのうち10名に，治療拒否，安静が維持できない，暴言などの血液透析を困難にする要素が認められた。しかしこれらの症例に対しても，KT/Vを指標として透析量を評価すると，その平均値は1.30であり，比較的良好な透析が行えていた。一方，新規に血液透析導入が必要となった，すでに認知症を有する患者のうち，治療に非協力的な4名に対して，1名に透析導入が可能であった。1名は透析導入に関して家族の同意をえられず尿毒症のため死亡，2名は同意をえるべき家族が存在せず，内1名には内シャントを作成したものの，現在も経過観察中である。認知症患者の透析導入に対しては，個々の症例において，その適応を慎重に検討する必要があると考えられた。

十二指腸閉塞を契機に診断された尿路上皮癌の2例：真殿佳吾，加藤大悟，谷川 剛，矢澤浩治，細見昌弘，伊藤喜一郎（大阪医療セ），**齋藤 純**（住友） 症例1は80歳，女性。主訴は悪心・嘔吐。CT・MRIにて後腹膜線維化による十二指腸狭窄・右水腎症を認めた。精査にて右尿管癌の十二指腸浸潤と診断したが，高齢であり抗腫瘍治療は希望されず，QOL改善のため消化管バイパス術を施行し，その際の生検組織から尿路上皮癌がえられ，周囲に高度の線維化を認めた。症例2は60歳男性。CTにて後腹膜線維化による両側水腎症を認め，両側腎盂尿細胞診，腫瘍マーカーすべて陰性であり，特発性後腹膜線維化の診断にてステロイド療法を施行していた。治療開始2カ月後も後腹膜線維化は改善されず，嘔吐が出現。CTにて十二指腸狭窄が認められた。QOL改善のため消化管バイパス術を施行し，その際の生検組織から尿路上皮癌がえられ，周囲に高度の線維化を認めた。両症例は尿路上皮癌に起因する悪性後腹膜線維化により十二指腸閉塞を来たしたと考えられた。

CTガイド下針生検にて軽診断しえた特発性後腹膜線維症の1例：三井要造，上田康生，鈴木 透，樋口喜英，邱 君，丸山琢雄，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），**長井 潤，松井孝之**（南大阪） 72歳，男性。2007年9月1日腎不全による全身倦怠感と呼吸困難のため他医に入院となった。腹部CTとMRIにて左萎縮腎および第5腰椎から仙骨下端レベルに及ぶ右尿管を巻き込んだ軟部組織陰影を認め，右腎は水腎症を呈していた。右腎瘻造設術が施行された後，腫瘍の原因精査加療目的で当科へ紹介となった。CTガイド下針生検にて後腹膜線維症と診断し，ステロイド内服を開始した。投与から3週後には腫瘍は縮小し，尿管通過障害は著明に改善した。治療開始から約1年経過した現在，ステロイドは低量で継続しており，明らかな腫瘍の増大を認めず経過良好である。

巨大卵巣嚢腫により尿閉，急性腎不全を来たした1例：角田洋一，川村憲彦，波多野浩士，高田 剛，原 恒男，山口誓司（市立池田） 69歳，女性。主訴は下腹部膨隆と全身倦怠感。10日程前より下腹部膨隆を自覚するも放置していた。全身倦怠感が出現してきたため，2007年2月に当院救急外来受診。血液検査では血清クレアチニン3.42mg/dl，BUN31mg/dlと腎機能障害を認めた。CT，MRIでは骨盤内に巨大な卵巣嚢腫を認め，嚢腫により膀胱頸部は挙上されていた。膀胱は著明に拡張しており，両側尿管の拡張および両側水腎症を認めた。尿道バルーンを留置したところ，約3,000mlの尿を回収し，速

やかに腎機能は回復した。同年3月に卵巣嚢腫摘除術を施行。摘除重量は750g。内溶液は漿液性であり、嚢腫壁に悪性所見は認められな

かった。術後にバルーン抜去後するも自尿を認めず、現在は α 遮断薬、コリン作動薬を内服し、自己導尿中である。