

## 学会抄録

## 第202回日本泌尿器科学会関西地方会

(2008年2月16日(土), 於 京都テルサ)

**副腎結核の1例**: 山道 深, 吉行一馬, 山田裕二, 濱見 學 (県立尼崎) 57歳, 男性. 主訴は両側副腎腫瘍精査. 既往歴は2002年に肺結核の治療歴あり. 現病歴は十二指腸潰瘍で当院内科通院中に施行されたエコー検査にて両側副腎腫瘍を認めた. 精査にて副腎結核による副腎機能不全を疑うも, 確定診断に至らず, 当科紹介受診となった. 胸部CTでは, 両肺野に結節影を認め, 腹部CTでは, 両側副腎腫大を認め, 左副腎は石灰化を伴っていた. さらに腹膜, 肝表面に石灰化を伴う腫瘍影を認めた. PET/CT検査にて肺結核, 副腎結核, 腹膜結核が疑われ, 肝生検, 肺胞洗浄液採取を施行したが, 結核性病変を認めなかった. このため当科にて腹腔鏡下副腎摘除術を施行し副腎結核の診断を得た. われわれが調べた限り, 副腎結核は本邦において36例の報告を認め, 副腎結核の確定診断のために腹腔鏡下副腎摘除術を施行した症例は6例のみであった.

**副腎出血の1例**: 木下竜弥, 高山仁志, 桃原実大, 芝 政宏, 辻畑正雄, 奥山明彦 (大阪大) 73歳, 女性. 胸腹部大動脈瘤術後の経過観察中, CTで3.5cm大の右副腎腫瘍を指摘され, 2006年8月紹介受診. 2007年1月4.5cm大へ腫瘍の増大を認めたため, 右副腎癌が最も疑われ, 右副腎摘除術を施行した. 病理組織では副腎髄質を中心に壊死, 出血を伴う組織で, 腫瘍細胞は認められず, 副腎出血と診断された. 現在術後1年間経過しているが, 経過観察中である. 副腎出血は剖検例では0.14~1.1%認めるとされているが, 臨床の場で遭遇する機会は少なく, 非常に稀であるとされている. 本症例はワーファリン, バイアスピリンを内服しており, 出血性素因が第一に疑われるが, 一般に抗凝固療法開始後2~12日で発症することが多く, 長期的な投与でほとんどないとされており, 一概に断定は出来ない. また本症例では既往歴に肺気腫もあり, 身体的ストレスも一因になったと思われるが, 特発性副腎出血も否定は出来ない.

**胆嚢炎合併褐色細胞腫に対して, 後腹膜鏡下副腎摘除術を施行した1例**: 米田 傑, 山本致之, 真殿佳吾, 加藤太悟, 谷川 剛, 矢澤浩治, 細見昌弘, 伊藤喜一郎 (大阪府医療セ) 症例は57歳, 女性. 約1カ月前からの右上腹部痛を主訴に当院消化器内科を受診. エコーおよびCT検査にて急性胆嚢炎, 胆石症と診断された. その際, 偶然右副腎に腫瘍を認めたため, 精査目的にて当科紹介受診. 血液検査にてノルアドレナリン, ドーパミンが高値であり, 尿検査にてノルアドレナリン, ドーパミン, パニリルマンデル酸が高値. <sup>123</sup>I-MIBGシンチにて右副腎への淡い取り込みを認め, 褐色細胞腫と診断された. 後腹膜鏡下右副腎摘除術および腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行. 術後, 血中カテコラミンは正常化し, 血圧も降圧薬なしで良好に推移した. 本症例では, 胆嚢炎による腹腔内の癒着を危惧し, 後腹膜アプローチにて右副腎摘除を施行した.

**後腹膜子宮内膜症で腎後性腎不全を来した1例**: 西川信之, 仲島義治, 新垣隆一郎, 川西博晃, 光森健二, 金子嘉志, 西村一男 (大阪赤十字) 48歳, 女性. 血清クレアチニン上昇, 右水腎症, 左萎縮腎指摘され2007年3月当科紹介. 腎不全増悪を認めたため尿管カテーテル留置の上入院となる. 子宮付近, 仙骨前面で右尿管狭窄を認めたが, 画像, 血液検査で原因は同定できず. 尿管カテーテル交換不能となり, 尿路変更術を予定して10月手術施行となる. 迅速診断で尿管は炎症所見のみであったが, 周囲後腹膜組織から子宮内膜組織を認めたため尿管部分切除, 尿管端々吻合とした. 術後3カ月, 経過良好. 子宮内膜症に対してダナゾール内服開始している. 原因不明の女性の尿管狭窄では, 子宮内膜症の臨床症状がなくても考慮すべき疾患と考えられた. 内分泌療法単独では治癒を期待しにくい, 外科的治療での成績は良好である.

**悪性傍神経節腫の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) 55歳, 男性. 1996年6月, 前医にて径8cm大の後腹膜腫瘍摘出. 病理結果は

良性傍神経節腫であった. 2002年9月まで経過観察も再発は指摘されなかった. 2006年2月, 検診で右腎門部腫瘍と左鎖骨上窩リンパ節腫瘍を指摘され, リンパ節生検の結果, 後腹膜悪性傍神経節腫再発, リンパ節転移と診断された. 血圧上昇発作などはなかった. 同年4月よりCVD療法を開始しPRを得たが, 効果は一時的で計9コースで終了となった. その後, 骨転移などが出現, 現在 palliative RT 施行中である. 傍神経節腫は比較的悪性の頻度が高いものの初回手術時の良悪性の鑑別はきわめて困難なことが多い. 悪性傍神経節腫の診断, 治療法などにつき文献的考察を加え報告する.

**糖尿病治療薬, ビオグリタゾンが原因と考えられた後腹膜繊維化症の1例**: 搦木 立, 北村 健, 赤尾利弥, 西村昌則 (洛和会音羽), 大野博司 (同総合診療科) 63歳, 男性. 既往歴に糖尿病, 高脂血症あり前医より内服治療を受けていた. 嘔気, むくみ, 全身倦怠感にて当院初診しCr 14.0 mg/dlと腎不全を認めた. 1カ月前の採血では腎機能に異常認めず. CTにて大動脈周囲の繊維化, 両側水腎症を認めたため後腹膜繊維化症による腎不全と判断. 1カ月前より開始されていたビオグリタゾンによる薬剤性後腹膜繊維化症を疑い同薬内服を休止. その後急速に腎機能改善し, やや遅れて水腎症, 大動脈周囲の繊維化の改善も認めた.

**腹腔鏡下に摘出した後腹膜神経鞘腫の1例**: 前澤卓也, 成田充弘, 佐野太一, 村井亮介, 益田良賢, 牛田 博, 影山 進, 上仁数義, 岡本圭生, 吉貴達寛, 岡田裕作 (滋賀医大), 岩城秀出洙 (野洲) 32歳, 女性. 主訴は後腹膜腫瘍に対する精査, 加療. 健診にて施行された腹部超音波検査にて左腎上極に径92mmの腫瘍性病変を指摘され前医を紹介, 諸検査にて後腹膜腫瘍と診断され当科紹介となる. CT, MRIにて嚢胞性病変主体の後腹膜腫瘍と診断し, 腹腔鏡下左後腹膜腫瘍摘除術を施行した. 手術時間は260分(気腹時間217分), 出血量50ml, 術後9日目に退院. 腫瘍と周囲組織との癒着は軽度であったが, 副腎と強固に癒着しており合併切除した. 病理上副腎との境界は明瞭であり, 後腹膜由来の神経鞘腫と診断した. 鏡視下に摘除術を施行された神経鞘腫としては, 本邦16例目であった. 神経鞘腫は術前診断が困難であるが良性腫瘍であり, 患者のQOLを重視した鏡視下手術が有用と考えられた.

**造影超音波カラードプラ法により診断したACDK由来両側腎細胞癌の1例**: 安田宗生, 能勢和宏, 小池浩之, 西岡 伯, 秋山隆弘 (近畿大堺) 40歳, 男性. 慢性糸球体腎炎による腎不全のため1997年より血液透析を開始. [主訴および経過] 腹部CTにて両側腎嚢胞内の一部に充実性の腫瘍を認めた. そのため造影超音波カラードプラ法を施行したところ, 充実腫瘍部にレボピスト, ソナゾイド造影にて明らかな造影効果を認めたので, ACDK由来の両側腎細胞癌と診断された. [治療] 2007年11月に経腹的両側腎摘出術を施行し, 病理所見でrenal cell carcinoma, papillary type, おおのT1aN0M0の診断だった. 術後補助療法せず経過観察中である. [考察] CTでの診断に苦慮するACDK由来の両側腎細胞癌の診断に造影超音波カラードプラ法は有用であると考えられた.

**インターフェロン $\alpha$ 投与にて著明な病巣縮小を得た腎癌肺転移の1例**: 北村 健, 搦木 立, 赤尾利弥, 西村昌則 (洛和会音羽) 症例は56歳, 男性. 主訴は微熱. 精査中多発肺腫瘍と左腎腫瘍認め, 左腎癌多発肺転移と診断し単一臓器転移であり左腎摘出術施行した. 病理結果はclear cell type adeno ca pT3aN1M1lungV(-)G1~2であった. 術後補助療法としてスミフェロンDS 600万IU週2回投与開始したところ約8カ月で胸部転移病巣はCRとなった. インターフェロン $\alpha$ の転移性腎癌への著効率はせいぜい15%以下と低く本症例は珍しいものと考えられた. インターフェロン $\alpha$ と遺伝的多型と治療効果の関連, そして分子標的薬についての報告例も含め転移性腎癌の治療について考察した.

膀胱癌経過観察中に発見された下大静脈腫瘍塞栓を伴ったペリニ管癌の1例：奥田英伸，鄭 則秀，志水清紀，今津哲夫，吉村一宏，清原久和（市立豊中），中村吉宏（中村クリニック） 78歳，男性。2004年より膀胱癌でTUR-Btを6回施行したがいずれもUC，G1～G2，pTa，NO，MO。2006年2月のDIPでは異常所見認めなかったが，1年7カ月後に膀胱癌再発を認め，また上部尿路精査で下大静脈塞栓を伴う左腎盂腫瘍が疑われ，2007年10月にTUR-Btと尿管全摘除術および静脈塞栓摘除術を施行。病理組織学的検査で前者はUCで後者はペリニ管癌と診断。IFN $\alpha$ 投与で経過観察中である。ペリニ管癌は腎癌の分類に含まれているが，発生学や病理学的観点よりUCとの共通点もあり，関連性が示唆されている。今回，ペリニ管癌とUCとの関連性があるとの考察を加えた。

腎 Mucinous tubular and spindle cell carcinoma (MTSCC) の1例：安福富彦，田中浩之，松本 修（三木市民） 71歳，女性。検診で貧血を指摘，腹部CTで5cm大の左腎腫瘍を指摘された。MRI上腫瘍は境界明瞭で造影効果に乏しかった。後腹膜鏡下根治的左腎摘除術を施行した。腫瘍は肉眼的に白色，充実性で軟らかかった。組織学的には不完全な線維性被膜を有し，内部では好酸性核小体を呈する小型立方状の腫瘍細胞が管状に増殖，同様の核を有する紡錘形細胞が不規則に増殖し，互いの成分が混在していた。背景には粘液様好酸性物質が認められた。病理組織診断はmucinous tubular and spindle cell carcinoma (MTSCC)であった。予後は比較的良好であるとされ，鑑別診断として集合管癌，肉腫様癌などがあるが，組織学的に悪性度，粘液性間質の存在，免疫染色などにより鑑別される。

後腹膜鏡下腎摘除術を施行した左巨大水腎症の1例：樋口喜英，上田康生，鈴木 透，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），廣田誠一，新長真由美（同病理） 58歳，男性。2001年近医で腹部腫瘍を指摘されたが放置。2007年7月左腎腫大の精査目的に紹介受診。CTおよび逆行性尿路造影検査で左腎盂尿管移行部狭窄症による巨大水腎症と診断し2007年11月に後腹膜鏡下に左腎摘除術を施行，腎盂内容物を排液することにより腎門部の処理が可能となった。腎盂尿細胞診は陰性，手術時間3時間20分，出血量130g，腎盂内液量は2,700mlであった。病理組織診断では狭窄部に上皮下の著明な線維化が認められ，菲薄化腎実質はthyroid-like appearanceの像を呈していた。腫瘍性変化や炎症細胞の浸潤は認めなかった。巨大水腎症に関し若干の文献的考察を加えて報告した。

Subepithelial hematoma の1例：細田光洋，白石 匠，福井崇之，山田剛司，金沢元洪，三神一哉，浮村 理，水谷陽一，河内明宏，三木恒治（京府立医大） 62歳，男性。主訴は右腎腫瘍精査目的。健診腹部超音波にて右腎腫瘍を指摘。前医CTにて右腎腫瘍認め当科紹介。ダイナミックCT早期相・後期相共に造影効果を認め wash out を認めなかった。尿管鏡検査にて腎盂粘膜は正常であった。以上より非典型的な腎細胞癌と診断し，後腹膜鏡下根治的右腎摘除術を施行した。病理診断はsubepithelial hematomaであった。われわれの調べた限りでは本症例が本邦第1例目であった。造影CTにて造影効果を認めたことが診断をより困難としたと考えられた。

献腎移植患者に発症した重症成人水痘の1例：出口隆司，加藤実，西原千香子，二宮典子，岩井友明，内田潤次，川嶋秀紀，仲谷達也（大阪市大） 43歳，男性。2004年に献腎移植術施行。2007年11月，発熱，腰痛および水疱が出現し緊急入院。水疱のTzanck試験が陽性であり，水痘の診断のもと，ビダラビンと $\gamma$ グロブリン投与を行った。第5病日に水疱が激増し，腰痛が激化した。DIC，水痘肝炎および水痘肺炎を併発した。抗ウイルス薬をアシクロビルに変更し，ステロイドパルス療法を併用した。以後臨床症状は軽快した。入院時のIgG，IgM抗体価は入院時陰性，1週間後ともに陽性化し初感染と診断した。免疫抑制患者では，本症例のごとく水痘初感染時に約半数の症例で重篤で致命的な全身播種性水痘症として経過をたどる。移植予定者に対して術前に計画的な水痘ワクチン接種を行う必要があると考えられた。

III度腎外傷に対しTAE施行後，感染性Urinomaを形成した1例：初鹿野俊輔，福井真二，桑田真臣，平山曉英，藤本清秀，平尾佳彦（奈良医大） 16歳，男性，交通外傷にて当院救急センターに搬送された。諸検査で肺・肝・右腎損傷，仙骨・右坐骨骨折を認めた。腎

損傷は日本外傷学会分類でIIIbH1U0であった。貧血進行あり血管造影を施行，右腎下極より造影剤の漏出を認め，TAEを施行した。術後5日目に造影CTにてurinomaが認められ（U1），当科へ紹介された。尿管ステント留置し持続吸引法にて経過をみていたが，urinomaの改善なく，術後37日目に後腹膜血腫への感染が疑われ，CTガイド下に経皮的ドレナージチューブを留置した。ドレナージ開始後より感染・urinomaは速やかに改善が見られた。

副甲状腺腺腫に対し内視鏡下切除術を施行した1例：中嶋正和，高尾典恭，七里泰正（大津市民） 60歳代，女性。主訴は手術加療希望。高Ca血症にて当院内科受診。右下副甲状腺腺腫疑われ手術目的に泌尿器科紹介受診。家族歴なし。高血圧の内服治療中であった。血清Ca，イオン化Ca，intactPTH，ALP値の上昇と血清無機リン値の低下，尿中Ca排泄増加，腰椎骨密度の有意な低下を認めた。CT，MRI，MIBIシンチによる画像所見上，右下副甲状腺の単腺腫が疑われた。頸部皮下吊り上げと低圧CO $_2$ 送気下に操作腔を作成する前胸部到達法で内視鏡下右下副甲状腺腫切除術を施行。手術時間161分，出血少量であった。病理診断はadenomaで術後全検査値は正常化した。画像診断技術の進歩した現在，家族性や多発性内分泌腫瘍以外のほとんどの副甲状腺腫は単腺腫切除で経過観察が可能と考えられている。内視鏡下手術は低侵襲で，従来の腹腔鏡手術器具および技術で施行可能と考えられた。

副腎癌多発性肝転移に対しミトタン併用EDP療法が著効した1例：三浦徹也，倉橋俊史，三宅秀明，田中一志，武中 篤，藤澤正人（神戸大） 54歳，女性，15年前に左副腎癌，11年前に右副腎癌に対し根治術を施行されている。いずれも内分泌非活性腫瘍であった。その後経過観察中，2006年9月腹部CTにて脾頭部に正常脾実質とほぼ同等の造影効果を受け，内部不均一な長径7.2cm大の腫瘍を認め，内視鏡下生検にて副腎癌の転移と診断された。同年11月6日，当院外科にて脾頭十二指腸切除術を施行されたが，2007年3月に多発肝転移を認めた。各種画像診断より副腎癌多発肝転移と診断し，同年4月よりmitotane併用抗腫瘍化学療法（EDP：Cisplatin 40 mg/m $^2$  day1, 9, Etoposide 100 mg/m $^2$  day 5~7, Doxorubicine 20 mg/m $^2$  day 1, 8）を開始，1コース施行後に50%の縮小を認め，2コース終了時にはCRとなった。現在4コース終了しCRを得ている。

Pre-clinical Cushing 症候群を合併した褐色細胞腫の1例：山本奈恵，佐藤 尚，六車光英（済生会野江），平塚拓也，豊國伸哉（同病理），笹野公伸（東北大病理） 70歳代，男性。前胸部痛にて救急搬送。CT上6cm大の左副腎腫瘍を指摘，血中，尿中カテコラミン3分画，尿中メタネフリン，ノルメタネフリンの上昇， $^{125}$ I-MIBGシンチで同部位に集積を認めた。Cushing徴候は認めず，ACTH，コルチゾールの基礎値正常も，コルチゾール日内変動消失，デキサメサゾン1, 8mg負荷で抑制欠如，血中DHEA-S低値を示した。Pre-clinical Cushing 症候群を合併した左副腎褐色細胞腫と診断し左副腎摘除術施行。術後内分泌検査所見は正常化した。病理学的に腫瘍は褐色細胞腫であり，褐色細胞腫に隣接した副腎皮質の一部に過形成を認め同部位からのコルチゾール自律性産生が示唆された。

両側腎出血を契機に診断された後天性血友病の1例：加藤琢磨，増井仁彦，吉田 徹，相馬隆人，三品陸輝，奥野 博（京都医療セ），南口早智子（同病理），奥野芳明（同血液内科），小山 弘（同総合内科），菅原 照（同腎臓内科） 82歳，女性。主訴：無症候性肉眼的血尿。既往歴：糖尿病。CT，MRIにて右水腎症，RPでは右腎盂の陰影欠損を認めた。膀胱鏡では右尿管口より血尿を，右尿管口外側には乳頭状有形性腫瘍を認め，TUR-Bt施行（UC，G1，pTa）。右腎盂尿管癌と診断し右尿管全摘除術施行。病理所見では腫瘍性病変はなく，広範な間質出血を認めた。術後後腹膜血腫，敗血症性ショックを発症。その後，左腎出血を併発した。APTT単独の亢進，第VIII因子抗体陽性より後天性血友病と診断。ステロイド療法を開始したが患者は全身状態が悪化，腎後性腎不全を発症し術後37日目に死亡した。

輪状臍，下大静脈位置異常を伴った塊状腎の1例：吉川和朗，小村隆洋，上門康成（和歌山労災） 44歳，男性。出生時より先天性側湾症，右手指奇形あり。2007年6月右側腹部痛出現したため近医受診。顕微鏡的血尿みられ精査目的に当科紹介受診。DIPでは左腎が右側に変位しその尿管は正中線を越え膀胱の左側に流入しており，さらに

腹部 CT で腎は右側で一塊になっていたため交叉性融合腎と診断。MRIで腎実質は広範囲で融合し2つの腎盂は前方を向いておりその形態から塊状腎と診断した。また、腹部 CT で下大静脈は腎静脈レベルより尾側に腹部大動脈の左側に変位する左側下大静脈の形態であった。さらに、腺頭部腫瘍もみられ精査したところ輪状腺と診断された。塊状腎は腎発生初期の異常が原因と考えられ通常骨盤内に位置するが、自験例では正常腎レベルまで上昇しており非常に稀である。

**対側尿管に転移した腎細胞癌の1例**：阿部豊文，中山雅志，辻村晃，野々村祝夫，奥山明彦（大阪大） 79歳，女性。2005年1月，右腎癌（cT2N0M0）に対し根治的腎摘除術施行。病理組織診断はRCC，clear cell carcinoma，G2，pT2，v（-）であった。2007年1月，肉眼的血尿出現。DIPにて左下部尿管にφ27×15mmの辺縁整な陰影欠損像を認めた。入院後，腎機能悪化を認め，DJカテーテルを留置した。自然尿，左腎盂尿細胞診はいずれもclass IIであった。2007年4月，全身検索で他に転移を認めず，左尿管腫瘍に対し尿管部分切除術を施行。術中迅速病理検査で腎癌尿管転移と診断，尿管断端が陰性であることを確認し，尿管尿管吻合術を施行した。永久標本の病理診断もclear cell carcinomaであり，腎摘除術2年後に発生した孤立性対側尿管転移と診断された。術後半年経過した現在，再発の兆候なく，腎機能も保持され経過良好である。

**von Hippel-Lindau 病に伴う多発腎細胞癌に対して両側腎部分切除術を施行した1例**：井口 亮，兼松明弘，上田政克，千菊敦士，堤尚史，真鍋由美，岡村基弘，清水 崇，渡部 淳，宗田 武，神波大己，吉村耕治，中村英二郎，西山博之，賀本敏行，小川 修（京都大） 32歳，男性。他疾患精査中，偶然腎腫瘍を指摘され当科紹介受診。腹部造影 CT にて，左右とも最大径8cmの両側多発腎腫瘍を認めた。現症および家族歴から von Hippel-Lindau (VHL) 病に伴う両側多発腎細胞癌と診断。患者は強く腎温存を希望し，二期的に両側腎部分切除術を施行した。病理組織診は両側ともに淡明細胞型の腎細胞癌であった。術後5ヵ月経過の時点で血清 CRE 1.1 mg/dl (術前 0.9 ml/dl)。レノグラムにて左右ともに術前の2/3以上の腎機能を温存して，無病状態が得られた。

**膀胱 Plasmacytoid carcinoma 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） 79歳，男性。頻尿にて近医泌尿器科受診。尿細胞診陽性を指摘され，当科紹介受診。両側水腎症および軽度腎機能低下を認めた，精査加療目的にて当科入院。各種検査にて，BT，cT3aN0M0と診断。膀胱前立腺尿道全摘除術および回腸導管造設術を施行した。病理組織結果は弱拡大にて腫瘍細胞のびまん性増殖を認め，強拡大において，小型円形で核の偏移を伴った形質細胞腫に類似した腫瘍細胞を認め，膀胱 Plasmacytoid carcinoma と診断。術後補助化学療法として，M-VAC 療法を2コース施行。現在術後6ヵ月再発なく経過観察中である。Plasmacytoid carcinoma は，円形小型，豊富な好酸性の細胞質および核の偏移といった形質細胞腫に類似した組織形態を特徴としており現在までに13例の報告を認めるのみである。通常の尿路上皮癌に対するよりも M-VAC 療法の有効性があると考えられ，有転移症例に対しても化学療法を中心とした集学的治療を施行することが予後の改善につながると思われた。

**経過観察中に残存腫瘍が著名に縮小した性腺外胚細胞腫の1例**：増田朋子，木下秀文，谷口久哲，地崎竜介，三島崇生，渡邊仁人，日浦義仁，河 源，松田公志（関西医大），坂井田紀子（同病理） 30歳代，男性。腹痛を主訴に受診。頸部，腹部に腫瘍あり，頸部リンパ節生検で性腺外胚細胞腫と診断。化学療法6コース施行中，腫瘍マーカーは低下するも，画像上腫瘍の増大を認めた。RPLND 施行。術中迅速組織診断で teratoma 以外の viable cell あり手術を中止したが，最終病理は immature teratoma。その後の経過観察中に巨大残存腫瘍の自然退縮を認めた。胚細胞腫が自然退縮した報告は，精巣原発以外では2例しかなく，その機序はわかっていない。今後，同様の症例報告が集積され，機序の解明により，化学療法後に残存腫瘍が大きくなり，手術がためらわれるような症例で，数ヵ月の待機も，選択肢の1つになりえるのかもしれない。

**Queyrat 紅色肥厚症の1例**：藤井令央奈，稲垣 武，根本康夫，新谷寧世，松村永秀，南方良仁，射場昭典，倉本朋未，西澤 哲，森

喬史，原 勲（和歌山医大） 53歳，男性。主訴は陰茎亀頭部の紅色皮疹。皮疹が増大してきたため，当院皮膚科を受診，生検の結果 Queyrat 紅色肥厚症と診断された。外尿道口近傍にまで腫瘍の浸潤を認めた。治療目的に当科紹介され，2008年10月陰茎海绵体を温存した陰茎部分切除術を施行した。PCR で確認したところ HPV 58型が陽性であった。術後6ヵ月で，再発の徴候なく，立位排尿，勃起，性交，射精が可能であり，機能保持ができていた。外尿道口を含む病変は腫瘍の残存の可能性が高く，浸潤癌に移行しやすいとの報告もあり，陰茎部分切除術が推奨される。陰茎海绵体を温存することができれば，排尿，性機能を損なうことなく治療が可能であると考えられた。

**生体腎移植後の骨盤内血腫により尿管膀胱吻合不全を来した1例**：木内利郎，杉本公一，橋本 潔，江左篤宣（NTT 大阪），林泰司，石井徳味（近畿大） 51歳，男性。既往歴：44歳時に慢性腎不全にて CAPD 導入。合併症：高血圧。2007年10月，血液型適合，実兄をドナーとした生体腎移植術施行。全阻血時間は1時間45分であった。術直後より，尿管膀胱吻合部より尿の溢流を認めたために，第2病日尿管膀胱再吻合を施行。術後経過は良好であったが，第8病日に突然骨盤内血腫が出現すると同時に肉眼的血尿が認められ，緊急ドレナージを行った。その後，尿管膀胱吻合部からの溢流を確認し，自然軽快しないため第35病日に再々手術をした。術中所見より，血腫によって尿管が外側に偏移し，吻合部に牽引力がかかったため，尿が漏れたと考えられた。

**腹部刺傷による尿管損傷の1例**：野瀬隆一郎，松井 隆，守殿貞夫（神戸赤十字） 68歳，女性。自殺企図による腹部刺傷により出血性ショックとなり救急搬送された。直ちに緊急開腹手術を施行し，横行結腸間膜の動脈損傷に対し止血および修復術を行い，腸腸筋の損傷，出血に対し腹膜の縫合閉鎖，圧迫止血を行い閉腹した。1週間後 DIP を施行したところ左尿管損傷が判明したため，再度開腹し左尿管吻合術を行った。術後約6週間尿管ステント留置し，画像上尿の溢流を認めなかったため，ステントを抜去した。約2週後の IVP にて左水腎症，尿管狭窄を認めたが，発熱，疼痛などの臨床症状はないため経過観察とし，術後約3ヵ月で原疾患治療のため転院した。

**腎切術後の残存縫合糸が原因で腎結石の再発を繰り返した1例**：西川全海，坂野祐司（社保滋賀），成田充弘（滋賀医大） 56歳，男性。約20年前に他院外科にて両側腎切術，その後当科において右腎結石に対する PNL を2回施行されていた。健診で右水腎症を指摘され当科受診。両側多発腎結石の診断で，右腎結石に対する PNL 目的で入院。術中所見で UPJ の残存縫合糸が核となった UPJO を認めた。後日腎盂形成術を施行。腹腔鏡下でアプローチを試みるも尿管周囲の癒着が強く，開腹術に移行。UPJ に2ヶ所縫合糸を認め，周囲尿管壁とともに切除し，頭側は縦の連続縫合，尾側は Fenger 法で形成。同時に残存右腎結石に対しても尿管壁切開口より軟性膀胱鏡を挿入し，経尿管的にレーザーで碎石術を施行した。結石分析は，CaOX 90%，CaP 10% であり，糸は比重比較試験でナイロン糸と判断した。術後に通過障害は改善し，経過良好である。

**両側尿管坐骨孔ヘルニアの1例**：瀧本啓太，長船 崇，金 哲将（公立甲賀） 77歳，女性。2007年3月，近医で施行された CT 検査で両側水腎症を指摘され，精査目的に当科紹介。尿検査，尿細胞診，腎機能検査に異常はなかった。DIP 検査で両側の渦巻状尿管 (Curlicue ureter) を呈し尿管坐骨孔ヘルニアに典型的な所見であった。同部位での通過障害は認めなかった。腹部 CT 検査で坐骨孔より脱出した尿管と傍腎盂のう胞を認めたが水腎症は認めなかった。無症状，腎機能正常により無治療経過観察中である。尿管坐骨孔ヘルニアは自験例を含めて26例の報告があり，年齢は1.5ヵ月～87歳（中央値65歳）。性別は男性4例，女性22例。患側は左側18例，右側5例，両側3例。症状を有したり尿路通過障害がある症例は治療の適応となり多くの場合手術治療が施行されている。

**膀胱原発大細胞神経内分泌癌の1例**：赤松秀輔，金丸聰彦，佐野剛視，伊藤哲之，武縄 淳，添田朝樹（西神戸医療セ） 63歳，男性。左尿管癌のフォロー中に尿中異型細胞出現。CT，膀胱鏡などで異常を認めず経過観察をしていたが3ヵ月後に血尿出現。再精査で急速に増大する3.5cmの膀胱腫瘍を認めた。膀胱全摘術を施行。腫瘍は膀

膀胱外に露出していた。病理標本では、神経内分泌分化を示す腫瘍細胞を認めた。腫瘍細胞は通常の小細胞癌より大きく、膀胱原発神経内分泌大細胞癌(LCNEC)と診断した。術後、カルボプラチン、エトポシドによる化学療法を2コース施行。術後14カ月経過した現在、再発を認めていない。LCNECの臨床的意義については未だ不明であるが、現在のところ膀胱の神経内分泌癌は小細胞癌のみが分類されており、形態学的に小細胞癌とは異なるLCNECの適切な分類のためにはさらなる症例の集積が必要と考えられる。

**膀胱肉腫様癌の1例：真殿佳吾，米田 傑，加藤大悟，谷川 剛，矢澤浩治，細見昌弘，伊藤喜一郎**（大阪府医療セ） 症例は68歳，女性。約1カ月前からの頻尿を主訴に当科初診。尿潜血陽性であり，超音波検査にて膀胱に高エコー像を認め，膀胱鏡にて右尿管口から後壁にかけて非乳頭状・広基性腫瘍を認めた。尿細胞診はsuspiciousであった。CT上，clinical T3bN0M0と診断し，TUR-Btを施行した。病理組織にて紡錘形細胞からなる肉腫様病変と未分化癌が混在し，移行所見が認められた。免疫組織化学的検査を補助診断とし，膀胱肉腫様癌と診断した。筋層浸潤を認め，膀胱全摘除術および回腸導管造設術を施行した。術後8カ月経過しているが，再発所見を認めていない。本邦報告例約80例を対象に治療法，予後などに関して検討した。

**血液透析患者に発症した膀胱肉腫様癌の1例：黒木慶和，浅井利大，葉山琢磨，石井啓一，上川禎則，金 卓，坂本 亘，杉本俊門**（大阪市総合医療セ） 78歳，男性。既往歴は7年前にHD導入および胃癌のため胃切除。維持透析を施行されていたが，血尿出現し精査目的で入院となる。CTにて膀胱内にやや高濃度な血塊または腫瘍の充満を認めた。膀胱鏡で表面平滑な腫瘍を認めた。尿細胞診はUCであった。MRIで膀胱内は腫瘍により占拠されており，左尿管開口部近傍から生じた腫瘍が疑われた。以上の検査所見より，膀胱癌の診断で膀胱全摘術を施行。病理組織所見はurothelial carcinoma, sarcomatoid variant, INFβ, pT4, ly (1), v (0), u-r10, u-l10, ur0免疫組織学的に検討したところ，多くの腫瘍細胞は上皮細胞のマーカーであるcytokeratin AE1/3 (+)を示した。術後2カ月目のCTで肝転移出現し5カ月で死亡した。

**膀胱 Hepatoid adenocarcinoma の1例：川村憲彦，波多野浩士，角田洋一，高田 剛，原 恒男，山口誓司**（市立池田），足立史朗（同病理） 79歳，男性。主訴は頻尿。超音波検査にて膀胱結石が疑われ，膀胱鏡を施行。膀胱結石と膀胱腫瘍を認め，TURBTと経尿道的膀胱碎石術とを施行した。腫瘍は肝細胞癌様の組織像を呈しており，また腫瘍細胞は抗AFP抗体にて染まり，hepatoid adenocarcinomaと診断された。術後5カ月に膀胱腫瘍の再発を認め，TURBTを施行。腫瘍は肝細胞癌様の組織像を呈さなかったが抗AFP抗体にて染まるため，AFP産生adenocarcinomaと診断された。さらに8カ月後に再び膀胱腫瘍の再発を認め，TURBTを施行。組織診断はurothelial carcinomaであった。その後8カ月を経過するが，再発を認めていない。膀胱hepatoid adenocarcinomaは検索しえた限りでは，本邦にて2例目，海外報告例を含めても8例目であり非常に稀な腫瘍であった。

**急性腎後性腎不全を契機として発見されたHCG産生膀胱癌の1例：秦 健一郎，神農雅秀，前田陽一郎，金沢元洪，牛嶋 壮，植原秀和，納谷佳男，川瀬義夫**（松下記念），横山慶一，川端健二（同病理） 87歳，男性。腎後性腎不全・DICにて紹介。CTで膀胱にSOL。腎不全・DIC改善のためCHDF・エンドトキシン吸着施行。PNSを望まざらず，腎不全解除を兼ね開腹膀胱生検施行。膀胱内に充満する腫瘍を認め，病理診断はtrophoblastic differentiationを伴う未分化尿路上皮癌であった。術後，腎不全の改善を認めたが，以降，積極的治療を希望されず術後74日目に死亡。病理解剖では腫瘍は膀胱内に充満し，両側水腎症・尿管を認めたが，壁外や尿管への進展は認められなかった。本症例のように肉眼的血尿など自覚症状に欠け，腎不全に至るまで発見されず，局所のみで進展したHCG産生膀胱癌の報告は文献上認めなかった。

**TUR後の化学放射線療法が著効した膀胱小細胞癌の1例：奥田康登，森 康範，加藤良成，井口正典**（市立貝塚），山崎 大（同病理） 82歳，男性。2007年5月9日，肉眼的血尿と頻尿を主訴に受診。IVUで上部尿路に異常なく，尿細胞診はclass III。膀胱鏡で右

側壁に不整粘膜を認めた。CISを疑い，ランダム生検予定で7月19日，膀胱鏡を施行すると，右側壁に石灰化を伴った2cmの非乳頭状，広基性の腫瘍を認めた。可及的にTUR施行したが，肉眼的に筋層を超え，壁外の脂肪組織まで浸潤していた。病理診断は，膀胱小細胞癌，G3，INFβ，pT3以上，ly (+)，v (+)。腫瘍底部にも癌細胞を認めた。Clinical stageはT3以上N0M0であった。年齢，PS上，膀胱全摘除術は侵襲が大きいため，化学放射線療法施行（シスプラチン15mg×10回投与，放射線40Gy照射）。以後，尿細胞診は陰性，膀胱鏡で切除部は瘢痕となっており，MRIでもCRと診断した。

**超音波検査で偶然発見された膀胱褐色細胞腫の2例：谷口英史，藤原敦子，邵 仁哲，福井崇之，内藤泰行，沖原宏治，高羽夏樹，河内明宏，三木恒治**（京府立医大） 1例目は74歳，男性。主訴は排尿困難。残尿測定目的の経腹的超音波の際，膀胱内に腫瘍を指摘。膀胱鏡にて膀胱頸部に非乳頭状粘膜下腫瘍を認めた。MRIにて膀胱褐色細胞腫が疑われたためホルモン学的検査・MIBGシンチを施行した結果，膀胱褐色細胞腫と診断，膀胱部分切除術を施行した。2例目は78歳，男性。主訴は夜間頻尿。経直腸的前立腺超音波にて膀胱内腫瘍を指摘され，膀胱鏡にて膀胱前壁に粘膜下腫瘍を認めた。同様の精査の結果，膀胱褐色細胞腫の診断にて膀胱部分切除術を施行した。膀胱粘膜下腫瘍では，褐色細胞腫も鑑別疾患の1つとして考慮すべきであると考えられた。術前診断にはMRIが大変有用であった。

**限局性膀胱アミロイドーシスの2例：新納摩子，松原弘樹，篠田康夫，宮下浩明**（近江八幡医療セ），細川洋平（同病理） 限局性膀胱アミロイドーシスを2例経験した。1例目は55歳，女性。主訴は膀胱炎症状と肉眼的血尿。膀胱鏡にて易出血性の隆起性病変を認め，粘膜下生検にてアミロイドーシスと診断。2例目は75歳，女性。主訴は肉眼的血尿。TUR生検の結果アミロイドーシスと診断。病理学的精査では，いずれも反応性アミロイドーシスの病型であるAAタイプであった。2例とも全身検索するも他臓器には病変を認めず，限局性膀胱アミロイドーシスと診断した。限局性膀胱アミロイドーシスの治療法には，根治的切除・TURの手術療法以外にDMSO膀胱内注入療法や貼付療法，対症療法のための保存的治療がある。われわれは，2例とも保存的治療を選択し，約2年経過観察するも悪化はみていない。現在，嚴重に定期検査を行っている。

**膀胱壁腫瘍の1例：水流輝彦，吉田哲也**（宇治徳洲会） 16歳，男性。38度台の発熱と右下腹部痛を主訴に当院内科受診。腹部超音波検査で膀胱頂部右側に，内部に液体成分のある腫瘍を指摘され，精査加療目的で当科入院。血液生化学検査にてWBC，CRPの上昇を認めたが膿尿は認めなかった。尿細胞診は陰性であった。CT，MRIでは腹部超音波検査と同様に膀胱右前壁にのう胞状の腫瘍を認めた。炎症性疾患をまず考えCEZの投与を開始した。第4病日に右下腹部痛が軽減し，膿尿が出現し，発熱も軽快傾向となった。悪性腫瘍除外のため，生検目的で膀胱鏡検査施行。膀胱頂部やや右側に自潰し膿を排出した腫瘍を認めた。病理組織はgranulation tissueであった。以上より膀胱壁腫瘍と診断。退院後はLVFXを2カ月間予防投与。超音波検査で徐々に腫瘍の縮小を認め，MRIでも腫瘍は消失した。

**神経因性膀胱を合併した帯状疱疹の1例：廣田英二，関 英夫，本郷文弥，伊藤吉三**（京都第二赤十字），鎌田恵美子，池田佳弘（同皮膚科） 61歳，女性。左臀部から左大腿内側に痛みを伴った皮疹が出現し，腹圧排尿と排便困難が出現した。尿流量測定では，最大尿流率14.6ml/s，尿流時間86.7sec，排尿量234ml，残尿70mlで腹圧排尿のパターンであった。膀胱内圧測定では，初発尿意180ml，最大尿意279ml，最大排尿筋圧40cmH<sub>2</sub>Oで低活動型膀胱であった。神経因性膀胱に対しラピジルを投与開始し，同日皮膚科で帯状疱疹と診断され，アシクロピルの点滴とバラシクロピルの内服による治療が開始された。治療開始3日目から腹圧排尿は軽快し，投与開始15日目に尿流量測定を施行したところ，最大尿流率29.7ml/s，残尿は認めず，排尿状態は改善していた。

**待機療法後に急速に進行を認めた前立腺癌の1例：真鍋由美，吉村耕治，賀本敏行，清水 崇，渡部 淳，宗田 武，神波大己，兼松明弘，中村英二郎，西山博之，小川 修**（京都大） 70歳，男性。前立腺癌cT1cN0M0の診断で本人の希望により待機療法を開始した。開始後約1年間でPSA測定や画像検査で進行を疑う所見はなかったが，

再生検で組織学的進展を認めた。この時点で根治治療を勧めたが本人が拒否したため、待機療法開始2年後に二次療法を開始した。治療開始が遅れた結果、全身転移を認めた。近年増加する低リスク前立腺癌患者に対する治療法の選択肢として待機療法があるが、経過中に進行を認める例も少数ながら存在する。そのような症例に対する治療を期を逸さずに開始することが重要である。経過観察項目として、プロトコール生検は病勢悪化や二次療法への移行の基準として有用であると考えられた。

**前立腺導管癌の1例**：西原千香子，鞍作克之，加藤 実，出口隆司，二宮典子，細野智子，田中智章，川嶋秀紀，仲谷達也（大阪市大）59歳，男性。主訴は頻尿。尿細胞診 class III のため当科紹介。PSA 5.1 ng/ml，直腸診にて右葉に硬結を触知した。膀胱鏡にて膀胱頸部から前立腺部尿道に連続する乳頭状腫瘍を認めた。経会陰的前立腺生検および経尿道的腫瘍生検にて前立腺導管癌と診断。その他画像所見から cT4N0M0 と診断し，MAB 療法とリザーバー動注化学療法（pirarubicin 10mg，CDDP 10 mg/2 week）を行い，治療開始6カ月後 CR となり，1年後現在も CR を維持している。

**前立腺印環細胞癌の1例**：福田聡子，小林泰之，高橋 徹，原田泰規，坂上和弘，東田 章，安永 豊，岡 聖次（国立大阪医療セ），岩佐葉子，真能真幸（同病理） 症例：75歳，男性。既往歴：胃癌（幽門側胃切除術後）。現病歴：頻尿を主訴に2006年1月10日近医受診し，PSA 高値（6.1 ng/ml）であったため当院紹介受診。DRE で異常なし。MRI では炎症後変化が疑われたが，PSA 高値に対して前立腺針生検を施行。すべての切片で80%以上の領域から印環細胞を交えた異型細胞の増殖を認めた。改めて消化管精査を行うも異常なし。画像検査で転移を認めなかったため，neoadjuvant 療法を経て，2007年5月14日膀胱前立腺全摘除術を施行した。腫瘍は前立腺から尿道粘膜，膀胱，精囊へと広範な浸潤を示していた。摘出標本の免疫組織学検査で P504S，PSA とともに陽性であったため原発性前立腺印環細胞癌と診断した。術後10カ月現在再発の徴候なく経過中である。

**術前前立腺推定体積が100 ml以上の症例に対するHoLEPの経験**：平林康男，浦 邦委，森田照男（橋本市民），豊澤徳行（高邦会高木），原 勲（和歌山医大），松岡 啓（久留米大） 2005年12月1日より当院にてHoLEP開始し，現在まで99例経験した。その中でも従来開腹手術の適応と考えられる術前前立腺推定体積が100 ml以上の前立腺肥大症症例32例の，周術期合併症，術後排尿状態を評価した。術後輸血を必要とした症例は2例のみであり，比較的安全に施行可能であった。また術後経過観察期間においても IPSS，QOL score，BII，ICIQ-SF，尿流量測定，残尿測定の各項目において計測し，自己覚所見とともに良好な結果であった。

**前立腺精嚢腫瘍の1例**：岡村靖久，河瀬紀夫，岡垣哲野，野々村光生（京都桂） 64歳，男性。既往歴はDM。2007年9月下旬から38度の発熱あり尿路感染症にて当院内科入院。腹部造影CTにて前立腺腫瘍指摘された。入院時尿培養では細菌認めず。PSA は0.08 ng/ml。入院後7日目に経会陰的ドレナージ施行した。内容液中の培養結果は *Enterococcus faecalis* であった。その後のCTで腫瘍のサイズの変化認められず入院後19日目に経尿道的ドレナージ施行した。TUR 後3日目よりLVFX 400 mg/day でコントロール良好となりTUR 後6日目に尿道バルーン抜去した。その後は排尿状態特にならぬまま，造影CTで腫瘍の消失を確認し退院となった。DMなどが基礎疾患にある場合はとくに，出来るだけ早期に外科的ドレナージを行い原因菌を同定することが大切である。

**切除重量が100 gを超えた女性傍尿道平滑筋腫の1例**：倉本朋未，西澤 哲，森 喬史，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） 症例は19歳，女性。排尿時痛，外陰部腫瘍を主訴に近医受診。MRIで尿道周囲に8×3.6 cm 大の腫瘍を認めた。生検で平滑筋腫と診断。手術的に当科紹介となった。腫瘍が8 cmと大きいため，経腹および経陰的アプローチで摘出することとした。腫瘍の表面は平滑で，周囲組織からの剥離は容易であった。切除重量は105 g，発生部位は尿道前面であった。病理学的所見では，紡錘形で好酸性の細胞の流れような増生がみられ，免疫染色ではα平滑筋アクチン陽性であった。以上より傍尿道平滑筋腫と診断した。術後経過は良好で排尿困難，尿失禁

を認めず，術後3カ月現在再発を認めていない。尿道周囲に発生する平滑筋腫は比較的に稀な疾患であり，若干の文献的考察を加え報告する。

**迷入した金属クリップを核に尿道結石を形成した1例**：津村功志，松下 経，山中邦人，川端 岳（関西労災） 症例は64歳，男性。2003年11月限局性前立腺癌に対し恥骨後式前立腺全摘除術を施行した。術後経過観察中の2006年11月に排尿時痛の訴えあり。尿道鏡を施行したところ，膀胱頸部12時に付着した結石を認め把持鉗子にて摘除した。止血用の金属クリップを核にした結石であった。動物実験で，膀胱に近接する異物は膀胱を排泄腔として排除されることが確認されており，また一般に泌尿器科での骨盤内手術において金属クリップによる止血操作が多く行われていることから，金属クリップによる尿道異物が潜在的に存在する可能性が示唆された。尿路の吻合部周囲での金属クリップの使用は，可能な限り避けることが望ましい。

**AFP上昇するも責任病巣の同定を経て集学的治療を施行した再発性精巣腫瘍の1例**：倉橋俊史，兵頭洋二，三宅秀明，田中一志，武中篤，藤澤正人（神戸大） 30歳，男性。2001年8月，右高位精巣摘除術（yolk sac tumor）を施行。多発肺転移，後腹膜リンパ節転移および下大静脈腫瘍塞栓に対し，PEB療法を4コース施行後完全寛解。その後，2005年10月頃よりAFPが上昇傾向を示したが，画像上再発病巣は認めず。2006年10月にAFPは706 mg/mlに上昇，腹部CTにて腎門部レベルに27×25 cmの後腹膜リンパ節腫大を認め，救済抗腫瘍化学療法を開始した。TIPを2コース施行後，マーカーの陰性化が得られず，T-ICE（HDCT）を1コース施行したが，有害事象のため，4コース目は再度TIPを施行した。マーカーは最終でAFP 21 ng/mlと陰性化を認めず，腹部CT上14×8 mmの残存腫瘍を認めた。2007年3月に後腹膜リンパ節清浄術を施行し，病理組織にて，ごく一部にviable cellを認めた。術後腫瘍マーカーは陰性化したが，6カ月後マーカー再発認め，irinotecan，nedaplatin併用療法開始した。

**精巣腫瘍膀胱転移の1例**：佐藤元孝，山中和明，齋藤 純，森 直樹，関井謙一郎，吉岡俊昭，板谷宏彬（住友） 46歳，男性。左精巣腫瘍（セミノーマ）に対し高位精巣摘除術後，上腸間膜動脈レベルの傍大動脈左側から左腸骨動脈周囲までに渡り，左尿管を巻き込むような巨大後腹膜リンパ節転移に対してBEP療法を4コース施行した。後腹膜リンパ節は著明に縮小したがCRは得られなかった。その後まもなく，検尿にて異型細胞出現。精査にて左尿管口を中心に約4 cmの広基性非乳頭状膀胱腫瘍が存在したため2007年11月16日TUR-Bt施行，病理結果はセミノーマであった。本症例の転移様式としては，リンパ節転移の尿路浸潤が存在し，膀胱腫瘍が左尿管口を中心に広がるような病変であったことから，断定は困難であるが精巣腫瘍の尿路内播種の可能性が考えられた。精巣腫瘍でも尿路内播種が考えられる場合は膀胱転移の可能性も考慮したフォローが必要であると考えられた。

**精巣類表皮嚢胞の1例**：関 英夫，廣田英二，本郷文弥，伊藤吉三（京都第二赤十字） 60歳，男性。30年来次第に増大する鷲卵大右嚢内腫瘍にて受診。AFP，HCGβ，LDHは正常。超音波では腫瘍は内部均一，皮膜平滑，血流なし，右陰嚢内に正常精巣は存在せず。MRIでは内部T1-WI中間信号T2-WI高信号で正常精巣と同じであった。皮膜はT1-WI，T2-WIともに低信号。高位精巣摘除術を施行した。270 gの類表皮嚢胞であった。本症例では超音波で特異的所見を呈さなかったため悪性を否定できなかったが，患側の正常精巣が残存し，術中に診断がつけば核出術も可能である。

**精巣上体癌の1例**：安藤 慎，松原重治，中村一郎（神戸西市民），彦坂玲子（彦坂病院） 症例は43歳，男性。2006年7月上旬より無痛性の右陰嚢内容腫大を自覚され近医受診し，精巣腫瘍疑いで当科紹介受診した。精査により右精巣腫瘍（cT3N0M0）の診断で右高位精巣摘除術を施行した。病理組織は低分化腺癌であった。転移性陰嚢内腫瘍を疑い，消化管を中心に全身検索を行ったが，明らかな原発癌は認めず，発育形式，組織型より原発性精巣上体腺癌と診断した。術後3カ月後のCTでIVC周囲のリンパ節腫大，右水腎症出現し，腺癌に有用とされる化学療法を開始した。化学療法開始後，リンパ節転移の増大認めず12カ月後も化学療法継続中である。原発性陰嚢内腫瘍は，そのほとんどが胚細胞精巣腫瘍であり，原発性精巣上体癌は，非

常に稀で文献的に検索しえた限り自験例は世界で25例目であった。

**同時期に発見された三重複癌の2例：花房隆範，中田 渡，福井辰成，黒田昌男（日生）** 1例目は73歳，男性。針生検にて高分化型前立腺癌と診断。病期診断の画像検査にて肝腫瘤像，腎腫瘤像を認めた。内分泌療法にて血清 PSA 値の下降を認めたが腫瘤像は縮小せず肝切除術，腎部分切除術を施行した。病理組織結果は肝臓が低分化型腺癌，腎臓が顆粒細胞癌であった。2例目は79歳，男性。膀胱癌の診断時の血液検査で軽度の貧血，血清総蛋白の上昇を認め精査にて多発性骨髄腫の合併と診断した。膀胱全摘除術の際にS状結腸に腫瘤を触知して結腸切除術も追加した。組織結果は膀胱癌が尿路上皮癌，G2，pT2であり，大腸癌は低分化型腺癌であった。近年は三重複癌が発見される頻度が増えており，その治療においてはそれぞれの癌の進行度，予後を考慮して決定する必要がある。

**特発性血小板増加症を伴った左陰嚢内血腫の1例：藤田昌弘，小林憲市，辻本裕一，新井康之，高田晋吾，松宮清美（大阪警察），藤岡秀樹（北大阪警察）** 75歳，男性。近医にて定期的に精巣水腫穿刺術を施行されていた。2007年3月中旬の穿刺後に，疼痛と急激な陰嚢内容増大を認め当科紹介された。陰嚢内血腫と診断し，陰嚢内血腫除去術施行するも，術後2日目に再度陰嚢内容の増大を認めた。再手術は

施行せずに陰嚢圧迫およびドレナージにて保存的治療を行うも，血小板増加症を伴っていたために治療に難渋した。本症例は血小板増加症における血小板粘着能低下時期に穿刺を行ったことで発症したと考えられた。今回，精巣水腫穿刺後の合併症として血小板増加症を経験したが，今後，診療時に既往歴，合併症などの十分な精査の必要があると思われる1例であった。

**市立池田病院泌尿器科開設以来の入院手術統計：原 恒男，川村憲彦，波多野浩士，角田洋一，高田 剛，山口誓司（市立池田）** 1992年に当科が開設されて以来，病院の改築・増床などを経て，確実に実績を重ねてきた。昨年2007年の入院患者数は797人，手術件数は491件であった。手術の中で多かったのはTUR-Bt 92件，恥骨後式前立腺全摘出術53件などであった。ESWLは1997年にModulith SLXを導入，昨年はのべ109人の患者に対し計291回のESWLを行った。体腔鏡下手術は1994年より開始し，昨年までに121件の手術を行った。昨年は腎摘出術8件，尿管全摘出術8件，副腎摘出術1件であった。生体腎移植は2002年に開始し，昨年までに29例を経験した。前立腺生検は，MRIの導入，多数カ所生検へ変更，市の前立腺がん検診の開始などとともに件数が飛躍的に増加し，前立腺全摘出術症例も増加した。