

学会抄録

第175回 日本泌尿器科学会関西地方会

(2001年 5月26日 (土), 於 兵庫医科大学)

後腹膜神経鞘腫の1例：八尾昭久，岡本雅之，松本 修（三木市民），小林康浩（高砂市民） 症例は49歳，女性。検診にて尿潜血を指摘され近医受診したところ後腹膜腫瘍を認め当院紹介となる。血液生化学，腫瘍マーカーおよび内分泌学的検査に異常を認めず。尿沈渣にて顕微鏡的血尿を認めた。CT，MRIで腎基部レベルの大動静脈間に32×20 mmの腫瘍を認め，下大静脈を腹側に圧排していた。血管造影で明らかな腫瘍の栄養動脈を認めず。左腎動脈造影で，静脈還流はほとんど卵巣静脈を介して尾側へ流れていた。また，MIBGシンチ，Gaシンチでは異常集積は認めなかった。以上より，後腹膜神経鞘腫を疑い2000年7月11日に腫瘍摘除術を施行した。病理組織学的診断はAntoni A型の良性神経鞘腫であった。術後，顕微鏡的血尿は消失した。顕微鏡的血尿の原因は，腫瘍が左腎静脈を圧排し，nutcracker現象様の病態を呈していたためと考えられた。

後腹膜鏡下に摘出した後腹膜 Schwan-noma の1例：倉橋俊史，奥田喜啓，梅津敬一（国立神戸），川端 岳，原 勲（神戸大） 58歳，女性。既往歴に高血圧，高脂血症あり。腹部超音波にて，下大静脈背側に径3×4 cmの腫瘍を認めた。CT，MRIでは神経原性腫瘍を疑われ，内分泌学的検査は陰性であった。後腹膜内分泌非活性腫瘍の診断にて後腹膜鏡下腫瘍摘除術を施行。腫瘍周囲は，比較的容易に剝離可能であり，周囲血管を損傷することなく腫瘍を摘出することが可能であった。手術時間は190分，出血量は少量。術後1日目より歩行，食事開始，術後6日目に退院となった。腫瘍は大きさ3×3×4 cm，重量は25 g，病理組織はschwannomaであった。本邦報告例253例の後腹膜 schwannomaの中に体腔鏡を用いた報告は2例認めた。自験例を含め，3例とも体腔鏡下手術を選択したことにより，安全に低侵襲手術が可能であったと考えている。

腹腔鏡下右副腎腺腫切除・左副腎摘出術を施行した両側副腎性アルドステロン症の1例：高尾典恭，清水洋祐，七里泰正，山内民男（北野） 54歳，女性。高血圧で近医通院中，高アルドステロン血症を指摘され，原発性アルドステロンの疑いにて当院内科受診。CT上，両側副腎腫大を認め，右副腎には径2 cmの結節を，左副腎は全体に肥厚しており，複数の結節性病変も疑われた。内分泌学的検査では，ラシックス負荷テスト陰性，ACTH負荷テスト陽性で，腺腫パターンであった。静脈サンプリングでは，内分泌活性が左副腎優位であると考えられた。以上より，2001年1月11日腹腔鏡下右副腎腺腫切除・左副腎摘出術を施行した。右腺腫は20×13 mm大，左副腎は径5 mm大の結節を有しており，副腎全体に肥厚していた。しかし，術後数日で高アルドステロン血症を再び呈するようになり，右副腎にアルドステロン産生病変の残存が示唆された。病理組織検査で3 beta-HSD免疫染色を追加したが，最終診断については未だ検討中である。

Preclinical Cushing 症候群の1例：清水一宏，藤本 健，山口旭，福井義尚，三馬省二（県立奈良），山本雅司（国立奈良），平山曉秀，平尾佳彦（奈良医大） 52歳，男性。健診の腹部超音波検査で右腎上方に腫瘍を指摘された。初診時Cushing症候群を疑わせる症状はなく，内分泌検査では，コチゾル高値を認める以外，ACTHも含め異常は認められなかった。MRIでは右副腎部に約2 cmの腫瘍性病変が認められ，¹³¹Iアドステロール副腎シンチでは同部位に集積像が認められた。コチゾルの日内変動は保たれており，デキサメサゾン抑制試験では，抑制が認められた。以上より，preclinical Cushing症候群の診断で，腹腔鏡下右副腎摘除術を行った。病理診断は，adrenocortical adenomaであった。術後，ステロイド補充療法を行ったが，ACTH，コチゾルは測定感度以下が持続し，測定感度以上に復帰するまでに6カ月を要した。

腎細胞癌副腎転移の1例 花房隆範，細川幸成，目黒則男，前田修，細木 茂，木内利明，黒田昌男，宇佐美道之，古武敏彦（大阪成人病セ） 75歳，男性。1986年左腎細胞癌にて根治的腎摘除術施行。

1997年右副腎腫瘍（径2.5 cm）に対し，副腎部分切除術施行。病理診断は腺腫であった。2000年，画像検査にて残存副腎の増大を認め，2001年1月，腫瘍径は約5 cmとさらに増大し，画像検査にて悪性の可能性を認めた。また内分泌検査上異常所見は認めなかった。腎細胞癌の副腎転移あるいは副腎癌の疑いにて同年2月19日，右残存副腎摘除術を施行。摘除標本は重量30 g，径5×4×4 cmの赤褐色の充実性腫瘍であった。病理診断はgranular>clear cell carcinoma G2であり，腎細胞癌の副腎転移であった。腎細胞癌の副腎転移の臨床報告例は多いが，腎摘後10年以上経過した後に対側副腎に孤立性に転移したいわゆる孤立性対側副腎晩期再発例は，本邦では自験例が2例目であった。

AIMAH の1例：村蒔基次，後藤章暢，古川順也，酒井 豊，藤澤正人，川端 岳，岡田 弘，荒川創一，守殿貞夫（神戸大） 64歳，女性。数年来の高血圧，糖尿病があり，精査にて両側副腎皮質大結節性過形成（AIMAH）によるCushing症候群と診断された。身長は153.4 cm，体重58.4 kg，血圧160/90 mmHg，満月様顔貌を認めた。血中コルチゾール値は27.4 μg/dlと高値で，日中リズムは失われていた。コルチゾールはデキサメサゾン抑制試験で2，8 mgともに抑制されなかったが，ACTH負荷試験では反応を示した。腹部CTでは副腎は両側とも多結節性の腫大を呈し，副腎シンチでは両側とも過剰集積を認めた。頭部MRIでは下垂体に異常を認めなかった。AIMAHの診断にて腹腔鏡下両側副腎摘除術を施行した。摘除した副腎は右110 g，左185 g。術後ハイドロコルチゾール補充療法を行い順調に経過している。

後腹膜腫瘍を疑われた多嚢胞化萎縮腎に合併した腎細胞癌の1例：西田 剛，瀬川直樹，高木志寿子，高原 健，濱田修史，木浦宏真，増田 裕，木下昌重，勝岡洋治（大阪医大） 70歳，男性。慢性糸球体腎炎による慢性腎不全のため20年前から血液透析療法をうけていた。2000年12月に右側腹部痛と肉眼的血尿を主訴に近医を受診し，当科に紹介入院となった。種々の画像診断にて後腹膜腫瘍を疑いドレナージを行った。しかし症状改善しないため腫瘍も否定できず，2001年2月右後腹膜腫瘍摘除術を行った。摘除標本は，重量420 g，病理診断はPapillary renal cell carcinomaであり，多嚢胞化萎縮腎に合併した腎細胞癌であると判明した。長期透析患者のACDKに腎細胞癌の合併は稀ではなく早期発見を試みる事が重要であると思われる。

レボビスト造影超音波検査が診断に有用であった透析患者に発生した腎細胞癌：原口貴裕，古川順也，楠田雄司，森末浩一，山中 望（神鋼） 症例は57歳，男性。1973年より慢性腎不全に対し維持透析を受けており，acquired cystic disease of kidneyを指摘されていた。2000年8月に肉眼的血尿を主訴に当科を受診。超音波検査にて左腎に内部不整な嚢胞性腫瘍を認めた。カラードブラでは腫瘍内に血流シグナルを認めなかったが，レボビストを静注することにより血流シグナルを確認できた。左腎癌の診断の下，2000年9月に全身麻酔下，経腰的に左腎摘除術を施行した。肉眼的に内部が凝血塊で満たされた嚢胞性腫瘍であり，嚢胞壁に8 mmの黄色調の腫瘍を認めた。病理診断はrenal cell carcinoma, common type, mixed subtypeであった。レボビストによる造影超音波検査は腎不全患者にも安全に施行可能であり，腎腫瘍性病変の鑑別に有用であると思われる。

後上臍十二指腸動脈がおもな栄養血管であった右腎細胞癌の1例：岡 泰彦，藤岡 一（加古川市民），土師 守，西大條升一（同放射線科），杉原順一（同外科） 74歳，女性。2000年9月19日偶然に右季肋部腫脹感を自覚し近医受診。CT，USで右腎腫瘍性病変を指摘され当科受診。血管造影にて後上臍十二指腸動脈および右結腸動脈を栄養動脈とし，右腎動脈から明らかなfeederを認めない右腎細胞癌と診断。同年11月7日に根治的右腎摘除術を施行した。腫瘍は十二指

腸後面と癒着していたが何と剥離可能であった。この際栄養動脈と思われる2~3mm径の脈管を3本結紮処理した。右腎下極付近に腹側に突出する径4.5cmの腫瘤を認め、clear cell carcinoma, G2, pT1bであった。術後6カ月でNEDで生存中である。本症例のようなケースは文献上報告はなく、腎実質とは隔絶された迷入芽体より発生した可能性も否定できない。

腎尿管移行部通過障害の水腎症に石灰化を伴う腎細胞癌を合併した1例：西川全海，片岡 晃，瀧本啓太，長船 崇，金 哲将，若林賢彦，吉貴達寛，岡田裕作（滋賀医大） 28歳，女性。2000年2月頃より左腰部痛あり。同年7月11日不妊症のため，当院産婦人科受診。エコーにて左水腎症を指摘され同日当科紹介受診。精査にて腎実質の石灰化を伴った腎尿管移行部通過障害による二次的な水腎症と診断し，2000年9月27日後腹膜鏡下左腎摘除術を施行。摘出腎の石灰化周囲に径2cmの赤褐色組織を認め，病理検査にてgranular cell carcinomaであったため，腎尿管移行部通過障害に合併した石灰化を伴う腎細胞癌と診断した。StageはpT1a, Nx, Moで，追加治療は行わないこととし，10月5日退院となっている。

左腎盂癌と右腎細胞癌の同時性重複癌の1例：瀧本啓太，上仁数義，田中 努，若林賢彦，岡田裕作（滋賀医大） 68歳，男性。主訴は肉眼的血尿。2000年4月CTにて左腎盂腫瘍と右腎腫瘍を疑われ当科紹介。諸検査にて左腎盂腫瘍と右腎腫瘍と診断。左右の腎機能がレノグラムにて同等で総腎機能も良好なことから，術前診断でよりhigh stageと診断した左腎盂腫瘍に対し，同年7月5日左腎尿管全摘除術を施行。病理診断は移行上皮癌G2, pTaであった。左腎盂腫瘍の手術から3カ月後に，マイクロターゼを用いた右腎部分切除術を施行。病理診断は腎細胞癌，clear cell subtype, G1, pT1aであった。術後2日目に血清Cre 2.46 mg/dlと一時的に腎機能低下を認めたが，術後8カ月経過した現在，血清Cre 1.37 mg/dlと安定し，再発，転移なく経過良好である。腎盂癌と腎細胞癌の同時性重複癌は稀で，文献上本邦では10例目であった。10例中9例に腎盂腫瘍に対しては尿管全摘除術を，腎腫瘍に対しては腎温存手術が行われていた。

巨大腎血管筋脂肪腫の2例：田原秀男，森 康範，松浦 健，栗田孝（近畿大），秋山隆弘（近畿大堺） 症例1は27歳，女性。主訴は不明熱。既往歴は結節性硬化症と，micronodular pneumocyte hyperplasiaを認めた。現病歴は1997年6月他院にて両側AMLと診断されていた。2000年12月1日より38℃以上の熱発を認め，当院呼吸器内科に入院となった。入院時現症では腹囲は94cmと著しい膨大を認めた。腫瘍内出血に感染を併発しているものと推測されたが，炎症のコントロールは不良であった。腎機能は徐々に増悪傾向を示し，12月28日より透析を導入したが5日後に死亡した。症例2は50歳，女性。知的障害者施設に入居されていた。現病歴は1998年他院にて右AMLの診断で右腎摘出術を施行され，その後は施設で経過観察されていた。腫瘤の増大を認め2000年12月27日当科を紹介される。腎機能は問題ないが，CT上左腎はほぼ腫瘍性変化を呈し，腹部正中線を越えて進展しており嚴重な経過観察とした。他疾患を合併した際の管理の問題点が示唆された。

当科における腎血管筋脂肪腫手術例の検討：丸山琢雄，前田信之，善本哲郎，近藤宣幸，野島道生，瀧内秀和，森 義則，島 博基（兵庫医大） 1978年から2000年の腎血管筋脂肪腫（以後AMLと略す）手術例7例について臨床的検討を加えた。症例の内訳は，年齢は29歳から71歳，男性1例，女性6例，患側は，右2例，左5例。主訴は，偶発腫瘍4例，腹痛2例，外傷による肉眼的血尿1例であった。腫瘍径は最小2cmから最大14cm。結節性硬化症の合併は全例認めなかった。全例にUSG, CT, angiographyを施行し3例にMRIを施行した。腎摘除術を4例，部分切除術を3例施行した。術前にAMLと診断したのは4例であった。AMLの自然経過報告例では，腫瘍径4cm以下では，27%から41%に増大傾向を，腫瘍径4cm以上では46%に増大傾向を認めたとしている。腫瘍の大きさを定期的に観察し，年齢・症状・合併症・腫瘍の位置・大きさなどから総合的に治療法を選択する必要がある。また本邦での自然破裂したAMLの約90%は直径4cm以下で，直径3~4cmでも自然破裂した報告があり，増大傾向にある腫瘍は，近年後腹膜鏡下核出術を施行した報告もあり積極的な治療法を考えてもよいのではないと思われる。

食道癌を原発とした転移性腎腫瘍の1例：桃原実大，小森和彦，今津哲央，本多正人，藤岡秀樹（大阪警察），久原章雄，仲原正明（同外科），西村理恵子，辻本正彦（同病理） 57歳，男性。胸部食道癌T3N2M0, stage IIIにて1998年12月食道重全摘術施行（病理組織は中分化型扁平上皮癌）。術後8カ月目，右腎腫瘍を指摘され1999年9月当科紹介受診。SCCが高値を示し，尿細胞診はclass V。CT, MRI, 腎動脈造影などから転移性腎腫瘍の可能性が高いと考え，確定診断のため針生検を行い食道癌腎転移と診断した。他の臓器に明らかな転移，再発像を認めないことから化学療法後，1999年11月右腎摘除術を施行。病理組織は中分化型扁平上皮癌であった。術後，肺，骨への転移をきたし2000年11月呼吸不全にて他界された。自験例を含めた転移性腎腫瘍本邦報告212例を原発腫瘍別に分類し，さらに食道癌原発転移性腎腫瘍本邦報告41例を集計し検討した。

腎原発性未分化神経外胚葉性腫瘍(PNET)の1例：高橋 彰，西山隆一，北原光輝，高見信彦，中野 匡，日裏 勝，金岡俊雄，林正，吉田 修（日赤和歌山医療セ） 21歳，男性。肉眼的血尿を主訴に1999年3月近医受診。CTにて右腎腫瘍と診断され当科紹介。右腎摘出術を施行。摘出標本では腎下極に径9cmの充実性腫瘍を認め，病理組織学的には小円形の腫瘍細胞，ロゼット形成，NSE染色・MIC2染色に陽性であることなどより腎原発性PNETと診断された。術後5カ月目に後腹膜リンパ節腫大とNSEの上昇を認め，再入院の上CAP療法をはじめとする化学療法，放射線療法施行するも病勢進行し術後21カ月目に死亡された。腎原発性PNETは稀な疾患で，本邦では15例目であった。

腎盂に発生したInflammatory pseudotumorの1例：後藤 毅，千住将明（市立住吉市民），吉村力男，仲谷達也（大阪市） 66歳，男性。左水腎症の精査目的で来院。CT, MRIにて左腎尿管移行部に約3cmの腫瘍性病変を認めた。画像診断では確定診断が得られず，悪性腫瘍を否定できなかったため，2000年10月18日腰部斜切開にて左腎摘除術を施行した。腫瘍は尿管を取り囲むように存在しており，病理結果はInflammatory pseudotumorであった。本疾患は形態的には腫瘍性病変に類似するが炎症性の腫瘍性病変であり，非腫瘍性の良性疾患とされている。腎における発生はきわめて稀であり，本邦報告10例目であると思われる。

自然破裂をきたした腎動脈瘤の1例：熊本廣実，壬生寿一，影林頼明（大阪回生），林 美樹（多根） 73歳，女性。2000年12月12日，安静時に左側腹部痛出現し，当院内科緊急入院。安静加療で疼痛おさまっていたが，入院2日目に再度側腹部痛出現。腹部CTにて腎周囲に血腫を認めたため当科紹介。腹部造影CTにて腎動脈瘤の自然破裂を疑い，同月20日，確定診断と塞栓術目的に腎動脈造影を施行。腎動脈腹側枝より頭側に伸びる紡錘状の径2.5×3.0cmの腎動脈瘤を認めた。塞栓術は広範囲の腎梗塞をきたすと考えられたため施行せず。同月26日，手術的に瘤切除を試みるも癒着が激しかったため左腎摘除術を施行した。本邦で報告された腎動脈瘤破裂33例（自験例含む）の集計によると救命率は87.9%（29/33）であった。

両側腎動静脈奇形の1例：後藤隆康，今津哲央，坂上和弘，中森繁（東大阪総合），古谷素敏（古谷クリニック） 72歳，女性。肉眼的血尿と膀胱タンポナードで紹介され精査入院となる。膀胱鏡で右尿管口より突出する凝血塊を認めた。DIPでは左上部尿路に異常認めず，右側はネフログラムのみであった。CTで右腎盂腫瘍が疑われ逆行性腎盂造影施行したが腫瘍陰影認めず。尿細胞診陰性。腎血管病変を疑い腹部血管造影施行。右腎中下極と左腎腎門部にcirroid typeの動静脈奇形を認めた。右腎に対し塞栓術を行った。治療は，無水エタノール2ml注入，Gelfoamを併用した。左腎は経過観察とした。両側例については自験例を含め5例のみであった。全例女性で，タイプ別は自験例を含めすべてcirroid typeであった。治療側は出血側のみとしており，自験例も右側のみ塞栓術を行い，現在肉眼的血尿なく経過観察中である。

長期腎瘻留置中の血液透析患者に発生した腎盂腫瘍の1例：奥見雅由，植田知博，市丸直嗣，藤本宜正，佐川史郎，伊藤喜一郎（大阪府立） 58歳，男性。20歳時に尿路結核にて右腎摘除および左腎瘻造設術施行。56歳時より血液透析導入。2000年5月頃より肉眼的血尿持続，腹部CTにて左腎盂内に腫瘍性病変を認めその精査加療目的に

て同年9月4日当科入院となった。SCC 抗原は 26 ng/ml と高値であったが、腹部 CT・MRI にて腎盂内腫瘍病変は、血腫か腫瘍の判定は困難であった。同年9月19日左腎腎症の臨床診断にて、下行結腸合併切除し腎皮膜下左腎摘除術を施行した。摘除標本では腎盂内に乳頭状腫瘍が充満し、尿管断端には腫瘍が残存していた。組織学的には、TCC>SCC, G2, pT3, pR1 であった。残存尿管に対して放射線療法を施行し12月5日に軽快退院した。退院後 SCC 抗原は 4 ng/ml 前後を推移、術後8カ月の全身状態は良好であり残存腫瘍に対する放射線療法は有効であったと考えられる。

尿管結石を合併し、診断に苦慮した浸潤性尿管癌の1例：結縁敬治、重村克己、片岡頌雄（市立西脇）、渡邊健志（公立社） 症例は72歳、女性。左下部尿管結石に対して TUL を施行、尿管鏡検査では結石周囲の浮腫以外に異常所見を認めなかったが、尿管尿細胞診が class V であった。結石砕石後の腎盂尿管造影や CT 再検でも異常所見を指摘できないものの、左尿管尿細胞診 class V が続いたため、左腎尿管全摘、骨盤リンパ節 en-bloc 切除術を施行し、術後の永久標本にて初めて浸潤性尿管癌と確定診断された。浸潤性尿管癌は局所の十分な切除やリンパ節郭清が必要である。骨盤内の浸潤性尿管癌に対し、総腸骨動脈から内、外腸骨血管群、仙骨、直腸など露出する形で、リンパ節を含む脂肪組織を尿管と共に en bloc に切除することにより、切除断端を確保すると共に、連続切片を作成して病理診断を行い、詳細な癌の進展を診断することが可能である。

尿管ポリープの1例：森 康範、能勢和宏、尼崎直也、杉山高秀、松浦 健、栗田 孝（近畿大） 66歳、男性。2000年10月下旬より頻尿、排尿困難認め、同年11月11日当科受診。IVP にて右下部尿管に不整を認め、IVP 後の CT にて右下部尿管より右側膀胱尿管移行部に連続する約 1.5 cm 程度の腫瘍を認めた。膀胱鏡にて右尿管口より出入りする小指頭大、黄白色の腫瘍を、左尿管口付近に乳頭状の腫瘍を認め、同年12月13日経尿道的に尿管腫瘍と膀胱の生検を施行。病理診断は fibro epithelial polyp と移行上皮癌 (grade 1, pTa, INFα) であった。2001年1月5日 6.4 Fr 硬性尿管鏡を用いて内視鏡的に切除しようとしたが、ポリープ基部が全周性に下垂していたため内視鏡的切除は不可能と考え、右尿管部分切除・尿管端々吻合術に変更した。術後4カ月経過し膀胱腫瘍・尿管ポリープとも再発なく経過良好である。

小児多発性尿管ポリープの1例：山道 深、杉多良文、吉野 薫、谷風三郎（兵庫こども） 12歳、男児。主訴は左側腹部痛。4歳時に左側腹部痛を認め近医受診。左水腎症を指摘され当科紹介受診。超音波検査で、左水腎症 (SFU 分類 grade II) を認めるも、利尿レノグラムで左腎機能障害を認めず経過観察となった。2000年11月に左側腹部痛と左水腎症の増悪を認め、2001年1月に左腎盂尿管移行部狭窄症による水腎症の診断にて手術施行。術中多発性尿管ポリープを認めた。迅速病理組織検査にて悪性所見を認めなかったため、可及的切除の上、左腎盂形成術を施行した。摘出標本は、最大径 20 mm の表面平滑な乳頭状腫瘍をはじめ、合計 4 個認めた。病理組織診断は線維性上皮性ポリープであった。術後左水腎症の持続と逆行性腎盂造影で残存ポリープを認めるも、左側腹部痛は認めていない。小児尿管ポリープは本邦76例目であった。

TUL 後の Stone granuloma による尿管狭窄の1例：北村 健、塩山力也、赤尾利弥、西村昌則（音羽） 患者は45歳の男性。2000年10月に左腰部痠痛にて近医を受診し、同月当科紹介受診となった。中部尿管に長径約 10 mm の結石を認め、TUL を施行した。術後 DJ カテーテル抜去後約 1 カ月目に左水腎症を認め、RP と腎ろう造影にて左中部尿管約 7 cm の完全狭窄と判明。左尿管部分切除・回腸尿管形成術を施行した。遊離回腸 20 cm を用い interposition した。口側断端は二層閉鎖、尿管回腸吻合はネスビット変法、膀胱へは端側吻合した。術後経過は良好で、左腎 GFR (ml/min) は21.8から32.0へ改善。摘出尿管は粘膜下へ埋没したシュウ酸カルシウム結晶への高度な異物反応および肉芽形成を認め、このため尿管内腔は圧迫閉塞していた。Stone granuloma による尿管狭窄を診断された。

多発性動脈炎に起因した両側尿管狭窄の1例：尾上正浩、永野哲郎、江左篤宣（NTT 西日本大阪） 症例は65歳、女性。主訴は右腰部痛。既往歴は1997年8月左水腎症、左尿管狭窄を認め尿管腫瘍の

疑いで左腎尿管全摘除術を施行。2000年10月4日右腰部痛、無尿にて当科受診となった。入院時の単純 CT では右水腎症を認め、入院後 D-J カテーテルを留置し一旦は腎機能の改善を認めるも17日後再度無尿となり D-J カテーテル周囲の右尿管の肥厚を認め右腎瘻の造設を施行し狭窄部位の生検結果粘膜下の中球浸潤、滲出性炎症を認めた。このため内科共観で全身検索を進めた結果、臨床症状と皮膚病理組織より多発性動脈炎に起因した両側尿管狭窄と診断した。治療はブレドニゾロンとシクロフォスファミドを投与し、軽快退院となった。多発性動脈炎に起因した尿管狭窄は稀で文献上本邦では2例目であった。

過剰腎に伴う閉塞性巨大水腎尿管の1例：新谷寧世、藤井令央奈、稲垣 武、平野敦之、新家俊明（和歌山医大） 18歳、女性。貧血のため近医で加療中、左腎嚢胞を指摘され当科紹介。CT, MRI, 逆行性尿路造影にて左巨大水腎尿管と診断し、2000年12月25日腎尿管重全摘を施行した。拡張尿管下端部には、明らかな狭窄や、外方からの圧排所見は認められなかったが、拡張尿管上方に、腎を疑わせる 2 cm 大の腫瘍を2個と、1 cm 大の腫瘍が1個存在し、それぞれ疎な結合組織でつながっていたが、独立した組織であった。組織学的に腫瘍はそれぞれ糸球体、尿細管、集合管を有した腎組織であり、拡張尿管の内腔は、萎縮あるいは正常な移行上皮が存在し、内容液量は 3,200 ml であった。過剰腎は非常に稀な尿路奇形で、文献上本邦では6例目であった。

尿管結石による腎後性腎不全で発見された尿管異所開口の1例：宮井将博、渡辺俊幸（公立那賀）34歳、男性。既往歴は幼少時に左単腎を指摘されていた以外特になし。2000年7月31日右腰部痛があり近医で尿管結石が疑われたが、その後無尿となり8月1日当科を紹介された。精査の結果尿管結石による腎後性腎不全と診断し、結石サイズが小さいため尿管ステント留置により自排石を待つこととした。しかし、その際行った CT 検査で右精囊腺の著明な腫大を認めたため精囊腺穿刺と精管造影を行った所、右尿管が精管に開口し尿管の頭端は盲端となっており腎の形成不全が認められた。以上より右尿管が精路に開口する Das の分類 type II の尿管異所開口と診断した。その後、結石は排石し本疾患に関しては経過観察を行っているが、特に問題となる症状は見られていない。

腹腔鏡下腎摘除術を行った腫への尿管異所開口の1例：彦坂玲子、三宅秀明、原 勲、藤澤正人、川端 岳、岡田 弘、荒川創一、守殿貞夫（神戸大）、橋久美子（同病理） 18歳、女性。主訴は尿失禁。2歳頃より常時下着の汚れるのに気づくも放置していたが、精査目的に近医泌尿器科受診。腹部 CT で右腎を確認できず、膀胱鏡でも膀胱内に右尿管口を認めなかった。インジゴカルミン静注後腔内挿入ガーゼに青染認め、低形成腎および右尿管異所開口の疑いで当科を紹介された。IVP 60分にて僅かに右下部尿管が描出され、造影 CT 60分後撮影にて、腹部大動脈分岐部やや右外側に造影剤の貯留する構造物を認めた。右低形成腎および右尿管異所開口（腔）の診断で腹腔鏡下右腎摘除術を施行した。摘出標本は 10 g、約 3 cm 大、病理診断にて正常な糸球体と尿細管を有し、尿産生能のあったことが推察された。術後経過は良好で、尿失禁も消失し術後9日目で退院となった。

膀胱腫瘍を契機に発見された左盲管重複尿管の1例：大橋康人、前田浩志、羽間 稔（淀川キリスト教） 53歳、男性。2000年10月より肉眼的血尿を認めたが放置。同年12月初旬再び血尿が出現したため当科初診した。膀胱鏡所見で右側壁に径 1 cm の有茎性乳頭状腫瘍を認めたが、その時の DIP 検査で左下部尿管に棍棒状の異常陰影を認めた。精査のため行った左逆行性腎盂造影では左尿管口から 1.5 cm のところで鋭角に分岐する長さ 4.5 cm 直径 1.2 cm の盲管重複尿管を認めた。同年12月13日 TUR-Bt を施行したところ病理組織学的所見は TCC, G1, pTa であり、術後半年経過観察しているが再発は認めていない。左盲管重複尿管については症状もなく現在まで経過観察している。本疾患は比較的稀な疾患であり120例の本邦報告例があるが膀胱腫瘍を契機に発見されたのは2例目であると思われる。若干の文献的考察を加えここに報告した。

腹腔鏡下左上半腎尿管摘除術の1例：清水洋祐、高尾典恭、七里泰正、山内民男（北野） 48歳、女性。検診にて左腎嚢胞と指摘され当科受診。DIP, CT 膀胱鏡にて左上半水腎および膀胱内に尿管瘤を認

め、尿沈渣で多数の白血球を認めた。腹腔鏡下左上半腎尿管摘除術施行。結腸脾彎曲から下行結腸外側腹膜を可及的下方まで切開し後腹膜を展開した。上半腎切除はマイクロターゼを用い、上半腎尿管は可及的膀胱側で切断した。手術時間は432分、出血量は350gであった。腹腔鏡下左上半腎尿管摘除術は文献で調べうるかぎり22例が報告されている。男性9人、女性13人でいずれも小児期に手術が施行された。また平均手術時間は262.3分で出血量は10~250gであった。

2,8-DHA 結石症の1例: 芝 政宏, 志水清紀, 高寺博史 (八尾徳洲会) 28歳, 女性。2000年7月5日, 左側腹部痛を主訴に近医受診。左水腎症と左腎尿管結石を指摘され, 精査加療目的にて当科紹介となる。同年7月24日, 左尿管結石に対しTUL施行。結石分析にて2,8-DHA結石, 成分比率98%以上という結果を得, 以降allopurinol内服開始となる。当症例ではPCR法でNonJ/J型で酵素活性は0.8と低下しており, 臨床的にも, 2,8-DHA結石を認めていることより, APRT欠損症, ホモ接合体, タイプII, APRTJ/APRTQ型と診断した。左腎結石に対しては, 同年8月17日よりESWL開始し, 碎石良好であったが, 前回TUL施行部に尿管結石と尿管狭窄を認め, 左水腎症を認めたため, 同年11月8日, 経尿道的尿管切開術施行。以降, 左水腎症は消失し, また, 結石再発も認めず, 現在, 外来経過観察中である。

真菌性後腹膜膿瘍の1例: 福原慎一郎, 西村和郎, 吉村一宏, 奥山明彦 (大阪大), 倭 成史, 河盛 段, 松久宗英 (同内分内分泌科) 59歳, 男性。主訴は有痛性の右腰背部腫瘍。1988年, 糖尿病指摘されるも無治療で放置。2000年12月初旬より, 右腰痛・下腿浮腫・胸水出現し, 当院内科受診。2001年1月初旬より右腰背部腫瘍出現し, 当科受診。腹部CTにて右腎背側より骨盤腔に広がる嚢胞性の腫瘍を認め, 後腹膜膿瘍と診断した。2001年1月24日, 超音波ガイド下に経皮的ドレナージ術を施行した。培養よりカンジダを認め, 血中 β -D-グルカンは400 pg/mlと高値を示した。以上より真菌性後腹膜膿瘍と診断し, 抗真菌剤の全身投与を開始した。膿瘍はほぼ消失したが, 血糖コントロール不良で, 血中 β -D-グルカンは99 pg/mlまで下降したが, 正常化せず, 抗真菌剤の全身投与を4カ月継続している。一方, 5月初旬細菌性脊椎炎を合併し, 5月末日現在, 入院加療中である。

Open surgery 施行下における皮下ペンローズドレーンの有用性について: 南 英利, 安達高久, 江崎和芳 (八尾市立), 守屋賢治 (城東中央) 当院にて腹部切開の手術を受けた41例を対象とし, 創部離開後の創部培養検査を検討すると共に, 皮下ペンローズドレーン留置による創部離開の頻度を検討した。創部離開直後の創部培養検査では, 10例中7例(70%)が陰性であったのに対し, 1週間後では6例中4例(67%)が陽性であった。また開腹術後のペンローズドレーン非留置群では, 24例中11例(46%)に創部離開を認めたに対し, 留置群では17例中1例(6%)しか認められず, 創部離開の頻度が明らかに激減した。これらから創部離開の原因は, 細菌による創部感染のみが原因とはいえず, むしろ皮下滲出液の貯留が発端であると考えられた。また皮下滲出液をドレナージすることが, 創部離開を減少させ, 引いては創部感染の予防に役立つと考えられた。

天理よろづ相談所病院泌尿器科における2000年度手術統計: 奥村和弘, 松村善昭, 今村正明, 松本慶三, 寺地敏郎 (天理よろづ) 天理よろづ相談所病院泌尿器科において2000年1月から12月までに実施した手術症例410例につき検討した。外来で実施している前立腺生検や腎臓造設などは除外した。年齢は1歳から87歳で平均は61.5歳であった。性別は男性318人, 女性92人で男女比は3.4対1であった。手術手技では, 内視鏡手術は251例で開放手術は157例であり, 内視鏡手術が全手術症例の約6割を占めた。内視鏡手術の内訳は, TUR-BTが110例, TUR-Pが58例で体腔鏡手術は43例であった。体腔鏡手術の件数は, 前立腺全摘が15例, 腎尿管全摘が10例, 腎摘が8例, 副腎摘除が7例で, 腎摘では体腔鏡手術数と開放手術数がほぼ同数で, 副腎摘除, 腎尿管全摘, 前立腺全摘では体腔鏡手術数が開放手術数を上回った。

高位切開術を要した, 縄跳び用のロープによる膀胱異物の1例: 能勢順仁, 辻本幸夫 (聖徒), 黒田治朗 (協立), 林 知厚 (林泌尿器) 37歳, 男性。2000年10月29日縄とび用の直径5mmのビニール製

ロープを自分で尿道から挿入し, 抜けなくなり近医を受診したが, 抜去不能のため紹介され10月30日初診。当院でも手法的にロープの抜去を試みたが不可能のため翌日, 腰麻下でオリブ油20mlを尿道から注入し, 再度ロープの抜去を試みたが不可能のため, 引き続き膀胱高位切開術を施行した。切開創から膀胱鏡で観察すると, ロープは幾重にも絡み合っており結ばれていた。外尿道口からのロープの挿入部分は75cmであった。先端が鈍で表面平滑なビニール製ロープが膀胱内では, 体温で温められて硬度が低下し, 膀胱壁で屈曲し, 絡み合っており結ばれたと推測される。また非観血的除去が不可能ならば, 即座に観血的治療を施行する必要があると考えられる。

クローン病による回腸膀胱瘻の2例: 西畑雅也, 森田照男, 藤永卓治, 曲人 保 (和歌山労災) 症例1は43歳, 男性。1997年にクローン病と診断された。2000年4月より, 頻尿, 気尿を認めたため, 当科紹介受診した。VCGでは膀胱腸瘻は認めないも注腸造影, CT, 膀胱鏡で回腸膀胱瘻を認めた。クローン病による回腸膀胱瘻の診断で回腸の狭窄も認められたため, 2000年9月27日に回盲部切除, 膀胱部分切除, 回腸狭窄形成術を施行した。退院後, 約半年経過するも再発の徴候なし。症例2は25歳, 男性。1996年にクローン病と診断された。混濁尿, 気尿を認めたため, 当科紹介受診。VCG, 注腸造影, CTで回腸膀胱瘻を認めた。膀胱鏡では膀胱三角部から後壁にかけて炎症の波及があり, 外科的治療により患者のQOLを著しく低下させるため, 保存的に経過観察することにした。退院後, 約1年を経過するが, 膿尿は抗生剤の内服にてコントロールできている。

膀胱神経内分泌癌の1例: 藤井孝祐, 吉岡 巖, 中山治郎, 細見昌弘, 清原久和 (市立豊中) 69歳, 男性。1995年より膀胱移行上皮癌表のため3回TUR-Btを施行。1999年1月に無徴候性肉眼的血尿を生じ受診。腫瘍の再発と思われる病変がみられたため1999年3月にTUR-Btを施行。このときの病理組織は異型性粘膜炎であった。2000年10月に膀胱右側壁に径2cm大の非絨毛性腫瘍を認め2000年11月TUR-Btを施行した。病理組織診断は膀胱神経内分泌癌であった。2001年1月に膀胱全摘除術と回腸導管造設術を施行。pT1bN0M0と診断した。膀胱粘膜の一部に移行上皮内癌を認めた。神経内分泌癌診断より6カ月経過しているが再発を認めていない。本邦においてT2以下の症例は5例がみられ, 自験例はT1bであり早期に発見されたことになる。癌の進行は非常に早く早期に膀胱全摘除することが望ましい。

膀胱原発平滑筋肉腫の1例: 小堀 豪, 諸井誠司, 西沢恒二, 小林恭, 山本新吾, 賀本敏行, 奥野 博, 寺井章人, 寛 善行, 小川 修 (京都大) 43歳, 男性。1998年頃より排尿困難, 残尿感を自覚。症状の増悪を認め, 2000年6月, 当科受診。直腸診にて前立腺や頭側に弾性硬の腫瘍を触知し超音波断層法にて膀胱後部腫瘍と左水腎症を認めた。TRUSにて膀胱後部に内部不均一, 血流豊富な径約8cmの腫瘍を認め, MRIのT2強調画像で, 腫瘍は筋肉組織と等信号を示しており, 周囲への浸潤傾向を認めなかった。経直腸針生検を施行し, 核異型, 浸潤傾向を示さないspindle cellを認めたため, 平滑筋腫を最も疑い7月21日, 腫瘍切除術を施行。病理所見は高分化平滑筋への分化を示すspindle cellがほとんどを占め, 一部に壊死性変化およびmitosisを認め, 高分化平滑筋肉腫の診断を得た。術後10カ月を経過した現在, 再発を認めていない。

移行上皮癌を合併した膀胱平滑筋肉腫の1例: 植村元秀, 西村健作, 平井利明, 菅野展史, 水谷修太郎, 三好 進 (大阪労災), 吉田恭太郎, 川野 潔 (同病理) 74歳, 男性。既往歴として他院にて1970年より計4回, 経尿道的膀胱腫瘍切除術を受けた。病理組織学的には2回が移行上皮癌, 2回は悪性所見を認めなかった。2000年4月, 肉眼的血尿を主訴に当科受診。尿細胞診は陽性。上部尿路に異常所見を認めなかった。膀胱前壁に径5cm大および左側壁に径1cm大の内腔へ突出する腫瘍性病変を認めた。経尿道的膀胱腫瘍切除術を施行。病理組織学的に, 平滑筋肉腫および移行上皮癌であった。2000年5月, 膀胱全摘除術, 骨盤内リンパ節郭清術, 両側尿管皮膚瘻造設術を施行。患者は術後化学療法などの追加治療を拒否し退院。外来にて経過観察していたが, 局所の再発が出現。下腹部正中創より腫瘍が突出。術後約6カ月後, 局所再発, 肺転移にて死亡した。

自然破裂をきたした膀胱肉腫様癌の1例：藤原敦子，石田裕彦，植原秀和，川瀬義夫，村田庄平，内田 睦（松下記念），建部 敦（同病理部） 65歳，女性。2000年10月11日肉眼的血尿出現し，同13日当科受診。コアグラタンボナーデの状態で，膀胱洗浄にて血塊と共に排出された多量の壊死組織は扁平上皮癌であった。膀胱鏡にて左側から後壁を中心とする巨大な腫瘍を認め，CGにて左側壁の膀胱破裂を確認した。リンパ節転移と多発骨転移も認め，膀胱癌 T4N2M1 と診断した。入院以来発熱が続き，膀胱癌による膀胱自然破裂による骨盤内膿瘍によるものと考えられた。抗生剤投与も無効であったため，11月14日やむなく膀胱全摘除術施行した。術後一時，全身状態改善したが，術後1週間目より再び発熱し，敗血症にて11月27日死亡した。摘出組織のHE染色では少量の扁平上皮癌と圧倒的優勢を示す未分化な紡錘形細胞を認め，肉腫様癌と診断された。免疫染色の結果もこれに合致していた。

Wegener 肉芽腫症に合併した膀胱癌の1例：岩田 健，矢野公大，木村泰典，本郷文弥，邵 仁哲，鴨井和実，水谷陽一，河内明宏，中尾昌宏，三木恒治（京府医大） 38歳，女性。16歳時に Wegener 肉芽腫症を指摘され，5年間プレドニゾン，シクロフォスファミドの投与を受けた。36歳より出現した上気道および肺病変の治療のため免疫抑制療法が再開されていた。2000年10月肉眼的血尿を主訴に当科受診，膀胱鏡検査にて膀胱腫瘍を認めたため TUR-Bt を行った。病理診断では TCC，G2<G3，pT1b で，同時に施行した膀胱ランダム生検では Transitional cell carcinoma in situ であった。その後，外来にてピラルピシン 30 mg 膀胱内注入を計6回施行したが，無効であったため膀胱全摘除術，回腸導管造設術を施行した。病理診断では Transitional cell carcinoma in situ，G3 であった。術後3カ月を経過し再発，転移はなく生存中である。

後腹膜鏡・膀胱鏡下に切除した膀胱粘膜下腫瘍の1例：駒井資弘，植野祥三，藤田一郎，中川雅之，六車光英，川喜田睦司，松田公志（関西医大），植村芳子（同病理） 58歳，男性。2000年9月右腰痛を認め当科受診。膀胱粘膜下腫瘍の診断にて，後腹膜鏡・膀胱鏡下膀胱部分切除術目的にて入院。トロカーを合計4本挿入。腹膜外からアプローチした。まず，膀胱鏡下に腫瘍周囲4分の3を筋層まで切開。次に，外膜を超えて膀胱外に達したところで腹腔鏡用カンシにて腫瘍を膀胱外へ引き出した。その後，腹腔鏡下に腫瘍を完全に切除して，膀胱粘膜を連続縫合し，筋層を結節縫合した。手術時間は3時間54分。出血量は少量。病理組織は平滑筋腫であった。術後6カ月で再発は認めていない。後腹膜鏡・膀胱鏡下膀胱部分切除術は膀胱内外から手術操作を監視することにより，比較的安全確実に行える。

扁平上皮化生を伴った巨大膀胱憩室の1例：志水清紀，芝 政宏，高寺博史（八尾徳洲会） 73歳，男性。1999年12月に約5年前からの血尿を主訴に当科を受診。膀胱鏡，DIP，CT を施行したが診断に苦慮し，MRIにて膀胱憩室と診断された。その後，来院しなかったが，翌年4月，排尿時痛にて受診。膀胱炎を認め，抗生剤を投与するも軽快をみないため入院となった。2000年6月，全麻下，下腹部正中切開にて膀胱粘膜剝離術を施行した。摘除粘膜は一部白斑を伴う，粘膜の異常を広範囲に認めた。病理診断は，扁平上皮化生であったが，悪性所見は見られなかった。術後，血糖尿は消失し，排尿困難も改善した。残尿も少量を認めるのみであった。膀胱憩室は後天的なものが多く，下部尿路の通過障害が原因となって発生するとされるが，自験例は術前の UCG において異常を認めず，神経因性膀胱が原因であったと考える。

尿中 BFP の有用性：吉岡伸浩，林 泰司，福井淳一，加藤良成，井口正典（市立貝塚），加藤 充（同病理） 膀胱腫瘍症例を中心に尿中 basic fetoprotein（以下 BFP）を測定，尿細胞診との比較を行った。対象は30例，平均70.3歳。膀胱腫瘍15例（初発12例，再発3例），血尿を主訴に受診した非膀胱腫瘍症例10例，膀胱腫瘍術後非再発症例5例であった。尿中 BFP の cut off 値は 10 ng/ml とし，膀胱腫瘍群で陽性7例，陰性8例。非膀胱腫瘍群で陽性2例，陰性8例。術後非再発群では5例全てが陰性であり，尿中 BFP は敏感度，特異度とも尿細胞診と差はなかった。しかし尿中 BFP，尿細胞診を併用した場合には敏感度が20%上昇し，膀胱腫瘍の発見率を向上させ得ると考えられた。また low grade, low stage の症例についても尿中 BFP は優位性を示さなかった。

女子尿道憩室腺癌の1例：川端和史，安田鐘樹，島田 治，大口尚基，室田卓之，川喜田睦司，松田公志（関西医大），坂井田紀子，植村芳子（同病理），土井俊邦（土井クリニック） 54歳，女性。尿閉を認め近医受診。CTにて尿道周囲に腫瘤を認め2000年9月9日当科紹介受診。内診で膣前壁に軟らかい腫瘤を触知し圧迫にて尿道から排尿を認めた。尿道造影，膀胱鏡，MRI では腫瘍を認めず，尿道憩室と診断し経陰的尿道憩室摘除術を施行。病理検査にて高分化型腺癌を認めた。尿道憩室腺癌の診断下で前方骨盤内臓器全摘除術，骨盤内および両側鼠径リンパ節郭清術，回腸導管造設術を施行。病理組織は中分化型腺癌で膀胱頸部，膣壁への浸潤を認めたがリンパ節には転移を認めなかった。現在フルツロンの内服を行っている。術後6カ月になるが明らかな再発，転移は認めていない。女子尿道憩室癌は稀な疾患で本邦では29例目であった。

陰茎癌により陰茎全切除後，陰茎再建術を施行した1例：石井徳味，宮武竜一郎，国方聖司（近畿大奈良），上田吉生（同形成外科） 65歳，男性。2000年3月に亀頭部痛，排尿時痛にて当科受診。亀頭部に硬結ならびに乳頭状腫瘍を認めたため，乳頭状腫瘍生検を施行，病理診断は Verrucous carcinoma であった。骨盤部 CT 上，右鼠径リンパ節腫大が認められ，手術は陰茎全切除ならびに両側鼠径リンパ節生検を施行した。本人の希望があり陰茎再建術を合わせて行った。摘出した組織の病理診断は低分化型の扁平上皮癌であったが，リンパ節には転移は認められなかった。陰茎再建は拡大足背皮弁を用いた。本法を用いれば，再建陰茎にもほぼ正常陰茎と同様な知覚を獲得できること。再建陰茎に支柱を要しないこと。再建亀頭，陰茎において形態的に優れていることなど多くの利点が認められた。本症例は術後1年を経過し左鼠径リンパ節転移を認めたが，摘出し経過良好である。

Sipple 症候群に合併した前立腺癌の1例：岡島英二郎，穴井 智，平山映秀，趙 順規，藤本清秀，植村天受，大園誠一郎，平尾佳彦（奈良医大），山尾純一，福井 博（同第3内科），小西 登（同第2病理） 65歳，男性。41歳時に両側甲状腺腫瘍と左褐色細胞腫の Sipple 症候群にて左腎，副腎摘除施行。体重減少のため近医受診し，同症候群の既往から全身精査施行。血中カルシトニン高値，尿中カテコールアミン1日排泄量高値，頸部，腹部 CT，MRI，MIBG シンチから石灰化を伴う両側甲状腺腫瘍，右褐色細胞腫が確認された。PSA 348 ng/ml から前立腺癌疑われ，前立腺針生検施行し，前立腺低分化腺癌 Gleason 5+3，cT3N0M1，Stage D2 の合併が確認された。予後規定因子の前立腺癌に対し CAB 療法を施行したが，早期に治療抵抗性となり治療開始後2年で死亡。Sipple 症候群での関連臓器以外の悪性腫瘍合併例は本邦報告例で自験例が2例目である。

鼠径部リンパ節転移によって発見された前立腺癌の1例：平井利明，菅野展史，植村元秀，西村健作，水谷修太郎，三好 進（大阪労災） 64歳，男性。主訴は体重減少，全身倦怠感および右鼠径部リンパ節腫脹。2000年12月5日，悪性リンパ腫の疑いで当院内科に入院した。右鼠径部リンパ節の吸引細胞診により転移性腺癌が疑われ，原発巣の検索のため当科を紹介受診。前立腺特異抗原（PSA）は 6,700 ng/ml と高値であったため，前立腺癌を疑い，経会陰的前立腺針生検を施行。組織学的に，低分化から中分化型腺癌であった。腹部骨盤 CT では，骨盤内リンパ節の腫脹を認めないが，傍大動脈リンパ節の腫脹を認めた。骨シンチグラムでは全身骨への異常集積を認め，前立腺癌 stage D2 の診断の下，内分泌療法を開始した。開始2カ月後の PSA 値は 24 ng/ml まで下降し，開始3カ月後には右鼠径部リンパ節は触知しなくなった。現在，外来で治療継続中である。

前立腺肉腫の1例：石田博万，安田孝志，上田 崇，間山大輔，野本剛史，浮村 理，藤戸 章，三木恒治（京府医大），戎井浩二（愛生会山科） 52歳，男性。2000年9月24日，尿閉を主訴に前医受診。直腸内指診にて前立腺に腫瘤を触知。PSA：0.1 ng/ml。診断の治療のため経尿道的前立腺切除術を施行。病理組織にて横紋筋肉腫を疑われ当科紹介。確定診断は得られなかったが，横紋筋肉腫に準じて，VAC 療法を2クール施行したところ，腫瘤の増大と，それによるイレウス症状が出現したため，骨盤内臓器全摘除術および尿管皮膚瘻造設術，人工肛門造設術を施行した。病理組織では，紡錘型細胞が主体の肉腫性腫瘍を認め，部分的に S100 蛋白陽性であり，悪性末梢神経鞘腫に矛盾しない所見であった。術後補助療法として，放射線療法を施行したが，多発性転移を認めたため，アドリマイシン，メソトレ

キセート、シクロフォスファミドによる化学療法を施行中である。

前立腺浸潤をきたし骨盤内臓器全摘術を施行した直腸 GIST (gastrointestinal stromal tumor) の 1 例：公平直樹，木下秀文，小林恭，西山博之，諸井誠司，賀本敏行，奥野 博，寺井章人，寛 善行，小川 修（京都大），岡垣哲弥，野々村光生（京都桂） 43歳，男性，健診にて前立腺の腫大を指摘される。当初，前立腺の平滑筋肉腫を疑われ当科紹介受診。腫瘍は 4×5×5 cm で前立腺と直腸の間に存在し，それぞれに連続している所があり画像上原発巣は不明。術前の生検では直腸原発が疑われた。手術は根治性・安全性を優先とし，骨盤内臓器全摘術施行。病理組織学的に腫瘍は紡錘形細胞が柵状配列を示し，直腸平滑筋層内に腫瘍細胞を認め，直腸からの発生と考えられた。免疫組織学的には C-kit, CD34 陽性，SMA, S-100 蛋白，NSE 陰性であった。以上より Cajal 細胞由来の腫瘍，狭義の GIST と診断した。狭義の GIST の悪性度，予後因子は確立したものはなく，長期の経過観察が重要であると思われる。

前立腺部尿道に発生した内反性乳頭腫の 1 例：桑原伸介，谷本義明，岩井謙仁（和泉市立），伊藤 聡（大野記念），玉田 聡，吉田直正（大阪市大） 80歳，男性。1996年11月に排尿困難，頻尿で当科受診。画像診断により，前立腺部尿道 5 時方向より膀胱内腔に突出する径 1.5 cm の表面平滑な非乳頭状有茎性腫瘍を認めた。尿路のその他の部位に腫瘍性病変を認めなかった。尿細胞診は陰性であった。後部尿道ポリープの診断で，1997年1月16日に腰椎麻酔下，経尿道的腫瘍切除術を施行した。病理組織診断は，表面は正常移行上皮細胞に被われた内反性乳頭腫であった。術後 4 年 4 カ月を経過し，再発および移行上皮癌の発症を認めていない。内反性乳頭腫の前立腺部尿道発生例は比較的稀で，文献上本邦では 27 例目であった。

Klinefelter 症候群に合併した前立腺原発性腺外胚細胞腫の 1 例：山田裕二，小林康浩，武市佳純（県立淡路），八尾昭久（三木市民），原 勲（神戸大） 40歳，男性。2000年2月肉眼的血尿にて初診。尿道膀胱鏡にて前立腺部尿道からの出血を認め入院。両側精巣は萎縮，前立腺は鶏卵大に腫大していた。腫瘍マーカーは AFP 4,536 ng/ml と高値で PSA は正常範囲内であった。MRI にて前立腺右葉を中心に直腸筋層に浸潤する T1WI low, T2WI high の内部不均一な腫瘍を認めた。生検にて癌肉腫が疑われたため同年 5 月骨盤内臓器全摘除術を施行。病理診断は奇形腫＋胎児性癌で，両側精巣は MRI, エコーにて内部に異常を認めず，前立腺原発性腺外胚細胞腫と診断した。染色体検査にて 47XXY, Klinefelter 症候群と判明した。術後 AFP は一旦下降後再上昇し，BEP 3 コース，EP 1 コースにて陰性化した。前立腺摘除部に放射線療法を追加後現在 7 カ月経過するが再発を認めていない。

前立腺腫瘍の 1 例 小野義春，村蒔基次，石田敏郎，田中宏和（兵庫県立加古川） 症例：52歳，男性。主訴：排尿困難，既往歴：糖尿病，排尿困難，排尿時痛出現し当科受診，前立腺炎の診断にてスバルフロキサシン投与にて経過観察するも，尿閉となり精査加療目的にて 12月21日入院。CT, MRI, 経直腸のエコー検査にて前立腺腫瘍と診断。抗菌薬投与の後も 2000年12月22日経直腸のエコーガイド下 aspiration drainage（膿培養：Streptococcus agalactiae）施行。計 3 回の aspiration drainage を施行するも再発するため 2001年1月18日 TUR-P を施行した。現在術後 4 カ月再発を認めない。

前立腺放射線療法後，前立腺壊死を伴った壊疽性膿皮症の 1 例：寒野 徹，伊藤祥彰，辻 裕，河瀬紀夫，瀧 洋二（公立豊岡） 症例は 76歳，男性。前立腺癌に対する内分泌療法併用放射線療法後，排尿困難と無菌性膿尿出現し TUR-P 施行。病理学的には大部分が前立腺壊死であった。その後尿閉と発熱，CRP 高値を示し，骨盤部 CT で海綿体膿瘍を認めたので切開ドレナージ施行した。しかしながら発熱，CRP 高値改善せず肺膿瘍，皮膚噴火口状潰瘍出現増大した。どちらも無菌性であり，皮膚科より壊疽性膿皮症の可能性を指摘され，ステロイドによる治療を開始した。ステロイドによりそれぞれの膿瘍の急速な改善と解熱，CRP 低下といった全身状態の改善を認めた。その後尿路変更として回腸導管施行した。壊疽性膿皮症が皮膚以外の臓器に無菌性膿瘍を認める例はきわめて稀で，前立腺放射線療法後の前立腺壊死，海綿体膿瘍は報告例は見当たらなかった。

同側無形成腎を伴った精囊腺嚢胞の 1 例：高田晋吾，野田泰照，岡大三，鄭 則秀，小出卓生（大阪厚生年金） 39歳，男性。健診の腹部超音波にて膀胱後部の嚢胞性病変を指摘され当科受診。外性器所見に異常を認めず。精巣，前立腺も正常に触知したが左精管は触知しなかった。末梢血，血液生化学，尿所見に異常なく，UCG, DIP では左上部尿路は描出されず，膀胱内に直径 3 cm の陰影欠損を認めた。CT, MRI で左腎，尿管が欠損し，精囊腺部に嚢腫を認めた。腰椎麻酔下に右精囊腺造影，経腹的超音波ガイド下腫瘍穿刺，吸引，造影を施行したところ，右精囊は正常であり，腫大した左精囊腺と思われる嚢腫の内容液は赤褐色で粘稠度の高い液体で精子，細菌は認められなかった。術後は感染の徴候なく経過し，現在は無症状であるため外来経過観察とした。精囊腺部の嚢胞性疾患については，様々な分類がなされているが，自験例は中腎管の発生異常に伴う同側無形成腎を伴った精囊腺の pseudocyst と考えられた。

精巣類表皮嚢胞の 1 例：田口 功，源吉顕治，伊藤 登（社保神戸中央） 63歳，男性。右陰囊内容の無痛性腫大を主訴に当科受診。右陰囊内容は一塊として鶏卵大に腫大。圧痛は認めず，硬度は著明上昇していた。LDH を含め，AFP, HCG-β などの腫瘍マーカーは正常範囲内であった。超音波検査では右精巣は 7 cm 程度に腫大し，対側精巣実質と比べて低エコーで不均一であり，内部に若干の高エコーが散在した。右精巣腫瘍の術前診断のもとに右高位精巣摘除術を施行した。肉眼的には内部にデブリスを満たした 6×4 cm 程の嚢腫を精巣内に認め，精巣実質は辺縁に圧排されていた。組織学的には内腔に多量の角化物を満たした嚢胞で，皮膚付属器成分やその他の組織成分を認めず精巣類表皮嚢胞と診断された。術後 3 カ月を経過した現在まで再発や転移を認めていない。本疾患は全精巣腫瘍の約 1 % を占めるとされる比較的稀な疾患で，文献上本邦 147 例目であった。

停留精巣に発生した巨大セミノーマの 1 例：高田 聡，安川元信，仲川嘉紀，吉田宏二郎（大和高田市立） 30歳，男性。主訴は右鼠径部の腫大。1992年頃より右鼠径部腫瘍を自覚していたが，1999年頃より腫瘍が増大してきたため，2000年8月31日当科受診した。初診時，右鼠径部に新生児頭大の腫瘍を触知し，右陰囊内容を触知せず。血液検査では LDH 685 IU/L, HCG-β 1.3 ng/ml と軽度上昇していたが，AFP は正常範囲内であった。CT 撮影の結果，停留精巣に発生した腫瘍 cT1N0M0, stage I と診断し，右高位精巣摘除術を施行した。腫瘍重量は 620 g, 病理組織診断は seminoma であった。術前に HCG-β の軽度上昇を認めていたため，術後に患側逆半 Y 字照射野にて 30 Gy の放射線療法を施行した。現在術後 8 カ月を経過して再発・転移を認めていない。本邦における巨大セミノーマ（400 g 以上）の報告は自験例を含め 38 例，停留精巣に発生したものに限ると 14 例であった。

父子に発生した精巣腫瘍：加藤研次郎，小泉修一（宇治徳洲会），岡本圭生，岡田裕作（滋賀医大） 父 42歳，1992年3月腹腔内の左停留精巣に発生した精巣腫瘍に対し，腫瘍摘除，後腹膜リンパ節郭清術施行。Seminoma stage I であったが，予防的に術後 VAB-6 療法 2 コース施行。現在再発なし。子 20歳，2000年10月左精巣の硬結を主訴に受診。Embryonal carcinoma + teratoma stage I の診断で術後 BEP 療法 2 コース施行。術後 7 カ月現在再発なし。父子に発生した精巣腫瘍の報告例は稀で，本邦では自験例が 6 例目，2000年に Han らが 52 例の報告を行っているに過ぎない。平均年齢は父 43.3 歳，子 26.8 歳と父親の発症年齢は一般の精巣腫瘍の発症年齢のピークを大幅に上回っていた。組織型は，父では seminoma が，子では non-seminoma が優位であった。40歳以上で精巣腫瘍の発生をみた場合，子における精巣腫瘍にも留意すべきと考えられた。

集学的治療にて寛解した難治性精巣腫瘍の 1 例：福澤重樹，杉野善雄，小林真一郎，松井喜之，岩村博史，岡 裕也，竹内秀雄（神戸中央），小林 恭（京都大） 25歳。1999年3月咳嗽，腹部腫瘍を自覚し受診。hCG-β は 3,730 ng/ml と高値であった。画像上多発性肺転移，肝転移，左後腹膜リンパ節転移あり。触診上精巣は正常だが超音波検査にて径 5 mm の低エコー域を認め左高位精巣摘出術を行った。病巣は繊維性癒着組織で腫瘍細胞を認めず burned-out 精巣腫瘍 stage 3C と診断した。精索内小転移巣より絨毛癌を認めた。超大量化学療法を含め種々の化学療法を行ったが hCG-β は正常化せず救済手術として後腹膜リンパ節郭清術を行った。腫瘍細胞を認めず hCG-

β は正常化しなかった。残存する肺転移巣に対し放射線治療を施行、8カ月後にhCG- β は正常化した。現在初診時より2年経過しているがhCG- β の上昇は認めず画像上も再発を認めていない。

精巣鞘膜由来の線維性偽腫瘍の1例：牛田 博，前川正信，前川信也，井上幸治，金子嘉志，大森孝平，西村一男（大阪赤十字） 42歳，男性。4年前より右陰嚢内に無痛性腫瘤を自覚。徐々に増大および数が増えてきたため当科紹介受診。触診にて右精巣上体に沿った数珠状の硬結を触知。超音波検査では精巣に接するように isoechoic な小腫瘤を認めた。既往歴として精巣上体炎や陰嚢水腫，外傷などは認めなかったが，炎症性肉芽腫が考えられ手術施行。精巣鞘膜から内腔に突出する腫瘤を多数確認。術中凍結標本にて悪性所見がないことを確認し，精巣鞘膜を含めて腫瘍摘出。病理診断は線維性偽腫瘍であった。陰嚢内線維性偽腫瘍の本邦報告例として自験例は32例目である。

精巣微小石灰化症の4例：井原英有（いはらクリニック） 症例1：28歳，神経因性膀胱で自己導尿中，発熱と左陰嚢内容腫大のため受診。超音波（7.5～10 MHz）で左精巣上体腫大と左精巣内に多数の微小石灰化（TM）あり。腫瘍マーカー（HCG，AFP，LDH）は正常であった。2週目に切開排膿し，モルガン菌を検出した。3年後にも左精巣上体炎をきたし，この時には右精巣内にも TM を認めた。症例2：27歳，主訴は左精巣底部の小さな腫瘤。両側精巣内に無数の TM を認め，乏精子症であった。腫瘍マーカーは正常で，1年後も腫瘍発生はない。症例3：29歳，主訴は血精液症，排尿痛，左陰嚢内容の痛性腫大。クラミジア陽性であった。左精巣上体腫大に加え両側精巣内に多数の TM を認めた。腫瘍マーカー，精液所見共に正常であった。6カ月後も TM は同様であった。症例4：26歳，主訴は排尿痛と右陰嚢内容の痛性腫大。クラミジア陽性であった。右精巣内に10数個，左にも数個の TM を認めた。

陰嚢内硬化性脂肪肉芽腫の1例：伊東晴喜，本郷文弥（社保京都，中川修一（中川クリニック） 57歳，男性。既往歴に両側精巣上体摘除がある。陰茎根部腫瘤を主訴に2000年3月24日当科受診。4月に誤って股間を打撲した後，腫瘤は増大し陰茎根部に約5×4 cm の大きさを呈した。臨床検査所見にて好酸球は正常範囲内，またCT，MRI では慢性炎症性腫瘤が示唆された。結核による炎症性腫瘤に加え，悪性軟部腫瘍も除外できず，同年5月29日針生検を行い，硬化性脂肪肉芽腫の診断を得た。病理組織学的に乾酪壊死や悪性所見を認めなかった。針生検後，抗生剤，消炎剤にて経過をみたがさらに腫瘤の増大を認めたため，同年7月10日腫瘤摘出術を施行した。摘出標本に生検による血腫などは認められなかった。硬化性脂肪肉芽腫は，近年の報告で生検を施行した症例では保存的治療にて腫瘤が消退しているが，本症例では生検後も増大した。2001年5月現在，再発を認めていない。

広範囲に進展した Fournier's gangrene の1例：種田倫之，相馬隆人，土井 浩，飛田収一（京都市立），田端康一，小西啓介（同皮膚科） 52歳，男性。発熱，圧痛を伴う陰嚢部腫脹にて来院。フルニエ壊疽と診断し，陰嚢部・両側鼠径部壊死組織の緊急デブリドマンを施行。創部膿培養にて腸球菌，バクテロイデスを検出，基礎疾患として境界型糖尿病の存在が判明した。チエナム点滴，インソジンと強酸性水による創部洗浄を1日2回施行するも術後2日より右側腹部に炎症が進展。広範囲なデブリドマンは行わず，第8病日に through-and-through 法により Penrose drain を留置し，オキシドールにて洗浄した。抗生剤としてグラシンを追加し，右側腹部の皮膚の欠損を防止できた。第40病日に右大腿部皮膚を用いた分層植皮術を施行し，第68病日には完治，退院となった。Through-and-through 法はフルニ

エ壊疽の治療法として有用であると考えられた。

外陰形成術を施行した女性仮性半陰陽の1例：南方良仁，鈴木淳史，平野敦之，新家俊明（和歌山医大） 19歳，女性。生下時より，男性様の外性器を呈するも染色体は，46, XX。ホルモン検査上も明らかな異常を認めず，3歳時，試験開腹において組織検査上，両側性腺とも卵巣との診断を得たため，同時に外陰形成術を行った。以後の受診はなかったが，2000年11月，陰核の肥大と陰口の狭小化を訴え当科再診。2001年1月17日，精査加療のため当科入院。ホルモン検査，画像検査上明らかな異常を認めず，2001年1月23日女性仮性半陰陽の診断にて再度外陰形成術を施行した。術式は，陰核形成術は，Kumar 法に準じて行い，陰形成術は，Fortunoff 法に準じて行った。術後，触診にて子宮頸部は触知可能となった。本症例は，成人女性にに対し，外陰形成術を施行し，成功したので報告した。

ABO 不適合腎移植3例の経験：横溝 智，花房 徹，矢澤浩治，福原慎一郎，高原史郎，奥山明彦（大阪大） ABO 不適合腎移植3例を経験した。症例1は，38歳，B型，男性。ドナーは，62歳，A型の母親。HLA 3 ミスマッチ。症例2は，36歳，B型，男性。ドナーは，64歳，A型の母親。HLA 3 ミスマッチ。症例3は，27歳，O型，女性。ドナーは69歳，B型の父親。HLA 3 ミスマッチ。3例とも術前に2回，DFPP を施行し，腎移植手術と同時に，脾臓摘出も行った。免疫抑制法は，いずれもタクロリムスあるいはサイクロスポリンと，ALG，MMF，ステロイドの4剤を併用した。症例1，症例3では明らかな拒絶反応は認められず，順調に経過した。症例2では，術後9日目に血清クレアチニンが上昇。液性拒絶反応を疑い，OKT-3 を使用し，抗凝固療法，DFPP も併用した。2回，HD を必要としたが，徐々に腎機能は回復した。

シクロスポリン（ネオオラル®）血中濃度高値にもかかわらず，拒絶反応を発生した1例：今村亮一，客野宮治，中村隆幸（大阪船員保険），岡田正直（同病理），京 昌弘（桜橋循環器クリニック），高原史郎（大阪大） 41歳，男性。IgA 腎症による腎不全にて，1999年2月米国に於いて献腎移植を受けた。ドナーは26歳，男性。術後 CyA（ネオオラル®），MMF，プレドニゾロンの3剤併用免疫抑制を施行。帰国後，当科にて経過観察。当科初診時の1日投与量は，それぞれ順に400，1,000，20 mg であった。CyA のトラフレベルは349 ng/ml と著明に上昇しており，経皮的腎生検を施行。腎毒性像および拒絶反応像を同時に認めた。自験例のような所見を抑制できうるかは定かではないが，臨床的拒絶反応の出現防止を考慮し，今後投与量の決定にはAUCなどのトラフレベル以外の測定法も考慮する必要があると思われる。

ANCA 関連腎炎に対する生体腎移植2例の検討：桑原伸介，仲谷達也，辻野 孝，熊田憲彦，内田潤次，宮尾洋志，木村伸悟，浅井利大，田代孝一郎，玉田 聡，山本啓介，岸本武利（大阪市大），金卓（大阪総合医療セ），岩井謙仁（和泉市立） 1例目は41歳，男性。1997年7月に結節性多発動脈炎（P-ANCA 陽性）による急速進行性糸球体腎炎のため血液透析導入。2000年11月6日，P-ANCA 陰性の状態で生体腎移植施行し，術後経過特に問題なく退院となった。2例目は51歳，女性。1994年に混合性結合組織病（P-ANCA 陽性）と診断され，1997年6月に血液透析導入。2000年9月18日，腎外病変はないもののP-ANCA 高値（185 EU）の状態が生体腎移植施行。術直後より腎機能低下し始め，術後45日目の腎生検にて ANCA 関連腎炎の再発と診断された。カクテル療法を行うも，腎機能の改善は認められなかった。ANCA 値が高い時点での腎移植には慎重であるべきと考えられた。