

学会抄録

第184回 日本泌尿器科学会関西地方会

(2003年9月13日(土), 於 大阪・薬業年金会館)

術前左副腎腫瘍との鑑別が困難であった胃 **Gastrointestinal stromal tumor (GIST)** の1例: 長谷部圭司, 佐藤元孝, 小森和彦, 高田 剛, 本多正人, 藤岡秀樹 (大阪警察), 辻本正彦 (同病理) 症例は67歳, 女性。2001年12月, 左腰部痛を主訴に他院受診。腹部単純撮影で, 左季肋部に異常石灰化陰影が認められ CT を施行。左の副腎部に約 8 cm の腫瘍の存在を指摘され, 当科に紹介となった。高血圧と糖尿病および軽度の血液濃縮傾向を認めた。内分泌学的検査では異常を認めなかった。MRI で腫瘍内部は T1 強調画像で low intensity, T2 強調画像では high intensity を示し, 辺縁のみ造影効果があった。MIBG シンチでは異常集積は認められなかった。副腎腫瘍の診断の下, 2002年2月手術を施行した。腫瘍は胃から有茎性に突出しており, 副腎は別に正常に存在した。病理結果では c-kit 陽性であり, GIST と診断された。

副腎血腫の1例: 金 啓盛, 松原重治, 中村一郎 (神戸西市民), 今西 治 (神鋼) 82歳, 男性。2002年8月近医にて肺腫瘍疑われ当院呼吸器内科紹介受診, CT 下生検にて扁平上皮癌と診断された。腹部 CT にて左副腎腫瘍が認められたため当科紹介受診した。単純 CT にて左副腎部位に 3 cm の辺縁平滑な腫瘍が認められ, 造影 CT では内部に low density area, 辺縁のみ不整に増強効果がある腫瘍を認めた。MRI では辺縁は平滑で T1, T2 とも低信号域を示し, 内部不均一であり T1 で low-iso, T2 ではモザイク状に高信号域が認められた。以上の画像所見より原発性副腎癌, 転移性副腎腫瘍を疑い, CT 下生検を行ったが確定診断にいたらず, 2002年11月25日左副腎摘除術を施行した。病理所見は副腎血腫であった。臨床における特発性副腎血腫はきわめて稀であり, 本邦15例目であると考えられた。

男性化徴候を呈した副腎皮質癌の1例: 吉川和朗, 藤井令央奈, 柑本康夫, 萩野恵三, 小倉秀幸, 上門康成, 新家俊明 (和歌山医大) 15歳, 女性。12歳時より多毛あり, 初潮の発来はない。2003年5月 38°C 以上の発熱認め, 近医で左後腹膜腫瘍指摘され当科受診した。左肋骨弓下に腫瘍を触知し, 多毛・陰核肥大・無月経を認め, 血中 DHEA-S, 尿中 17-KS・テストステロンが異常高値で血中テストステロンが軽度上昇していた。CT・MRI では左腎頭側に径 10 cm の腫瘍をみとめた。男性化副腎腫瘍の診断で2003年6月左副腎腫瘍摘出術を施行した。腫瘍は最大径 14 cm, 重量 935 g で被膜に覆われおり, 被膜外浸潤はみとめず, 内部に出血・壊死をみとめた。病理組織所見では Weiss の診断基準 9項目中 3項目を満たし副腎皮質癌と診断した。術後3カ月経過し, 再発・転移はなく, 内分泌学的検査は正常化しており初潮の発来を認めた。

Preclinical Cushing's syndrome を呈した副腎 **Black adenoma** の1例: 鳥山清二郎, 井戸本陽子, 邵 仁哲, 三神一哉, 沖原宏治, 水谷陽一, 河内明宏, 三木恒治 (京府医大), 飯田明男 (国立滋賀), 豊田和明 (宇治) 61歳, 女性。腹部 CT にて右副腎に径 2 cm の腫瘍を指摘された。内分泌学的検査により, preclinical Cushing's syndrome と診断され, 当科紹介された。2003年5月7日, 腹腔鏡下右副腎摘出術を施行した。摘出標本は 20×20×15 mm, 11 g, 充実性で割面は黒褐色であった。病理診断は副腎 black adenoma であった。主として compact cell で構成されており, 細胞質にはリポフスチン顆粒の沈着がみられた。副腎 black adenoma の本邦での報告は自験例を含めて58例で, 平均発症年齢39歳, 女性が男性の約4倍を占めた。副腎 black adenoma の臨床診断のほとんどが Cushing's syndrome であり, 当症例のように, preclinical Cushing's syndrome を呈したものは4例のみであった。

腹腔鏡下切除後, リンパ節転移を来した副腎癌の1例: 根来宏光, 白石裕介, 岩村博史, 諸井誠司, 岡 裕也, 川喜田睦司 (神戸中央市民), 今井幸弘 (同臨床病理), 石原 隆 (同内分泌内科), 杉野善雄 (関西電力) 50歳, 女性。顔面, 上肢のむくみ, 体重増加が出現し,

当院内分泌内科受診。尿中コルチゾール高値, 血中 ACTH 低値を認め, クッシング症候群と診断。CT, MRI にて右副腎に 6 cm の出血, 壊死を伴う内部不均一の腫瘍を認め, 2002年4月30日, 腹腔鏡下右副腎腫瘍摘出術施行した。病理学的に悪性と断定されないも, 術後8カ月目に局所リンパ節腫大を認め, 2003年3月24日, 後腹膜リンパ節郭清術施行した。病理学的にも悪性と診断, 術後ミトタン・ADM, CDDP, VP16 の adjuvant chemotherapy 施行し, 半年間再発を認めていない。癌の疑いの強い症例にはリンパ節郭清が必要である可能性が示唆された。

原発性と鑑別が困難であった転移性副腎腫瘍の1例: 安福富彦, 吉村光司 (京都ルネス), 楠田雄司 (県立尼崎) 62歳, 男性。心筋梗塞の既往あり。発熱, 全身倦怠感を主訴として, 2003年2月20日当院内科を受診した。初診時, 胸部に明らかな理学的所見は認めず。腹部 CT 上, 右腎上方に直径 5 cm 大, 内部が不均一で low density な腫瘍を認め, 右副腎腫瘍と診断した。また, 右腎門部上方から IVC の裏側にかけてリンパ節の腫大も認めた。胸部 CT 上, 左肺の2カ所に各 1.5, 1 cm 大の腫瘍を認めた。右副腎腫瘍生検の結果, 組織型は低分化型腺癌であった。多臓器からの転移が考えられたが, 副腎原発も否定できなかった。3月18日, 開腹下に右副腎摘出術を施行, 病理組織診断の結果, 転移性副腎腫瘍であり, 原発巣として肺が最も考えられた。

嫌気性菌による後腹膜膿瘍の1例: 嘉元章人, 高尾徹也, 河嶋厚成, 松岡庸洋, 西村和郎, 奥山明彦 (大阪大) 60歳, 女性。2003年3月初旬, 感冒様症状, 食欲不振に続き, 右腰背部痛が出現し近医受診。腹部 CT で右腎背側に腫瘍を指摘され, 当科紹介受診。画像より後腹膜膿瘍と考えられた。2003年3月28日に右後腹膜膿瘍に対して超音波ガイド下に経皮的ドレナージ術を施行した。異臭のある白濁した液体を吸引し, 嫌気性菌 (*Peptostreptococcus species*, *Porphyromonas asaccharolytica*) を検出した。その後, 発熱低下, CRP 陰性化を認め, 術後20日目に退院となり, 現在外来にて経過観察中である。本症例においては, 糖尿病, 痛などの既往はなく, 後腹膜膿瘍形成の原因は不明であった。原因不明の原発性後腹膜膿瘍で起因菌が嫌気性菌であったものは, きわめて稀である。

NSE 高値を認めた脱分化型脂肪肉腫の1例: 吉行一馬, 前田浩志, 羽間 稔 (淀川キリスト教), 寺村一裕 (同病理) 症例は74歳, 男性。主訴は腹部腫瘍。高脂血症にて他院通院中, 腹部腫瘍に気づき, 2002年10月28日当科紹介受診。腹部 CT にて腹部腫瘍を認め精査目的にて同11月5日当科入院。各種画像検査にて後腹膜原発腫瘍と診断。12月4日腫瘍摘出術施行。病理組織診で脱分化型脂肪肉腫と診断。また, NSE を用いた免疫組織染色で細胞質に陽性所見が得られ, 術前の血清 NSE 高値は腫瘍由来であったと考えられた。NSE 染色に陽性所見がみられる脱分化型脂肪肉腫の報告は散見されたが, 血清 NSE 値の上昇を認めた症例としては本例が第1例目であった。なお, 術前 90 ng/ml 高値であった血清 NSE 値は摘出術後 5 ng/ml と正常化した。

後腹膜脂肪肉腫と腎血管筋脂肪腫との術前鑑別診断が困難であった右後腹膜腫瘍の2例: 種田倫之, 高尾典恭, 七里泰正, 金丸洋史 (北野) 1例目は52歳, 男性。C型肝炎の経過観察中に施行した CT スキャンで右後腹膜腫瘍を発見し当科受診。種々の画像診断にて後腹膜脂肪肉腫の診断のもと経腹膜的に右腎・腫瘍合併摘除術を施行した。摘除標本は重量 850 g, 20×13×9 cm で病理診断は後腹膜脂肪肉腫であった。現在術後放射線療法を施行中である。2例目は69歳, 女性。発熱, 右側腰部痛の精査中施行した CT スキャンにて右後腹膜腫瘍を発見し当科受診。種々の画像診断にて後腹膜脂肪肉腫の診断のもと経腹膜的に右腎・腫瘍合併摘除術を施行した。摘除標本は重量 730 g, 20×11.5×8 cm で病理診断は外方増殖性腎血管筋脂肪腫で

あった。術前の CT スキャンにおいて前者は nonfatty soft tissue mass, 後者は beak sign を特徴としていた。

気腫性腎盂腎炎の1例：前澤卓也，片岡 晃（社保滋賀），横幕由喜代，有村徹郎（同内科） 62歳，女性。主訴は全身倦怠感および食欲不振。47歳時に NIDDM を指摘，57歳時よりインスリン療法を開始も血糖コントロール不良。2003年4月7日主訴出現，徐々に増強し，4月10日当院内科入院。入院時熱発認め，意識は清明，腹部に疼痛，圧痛は認めなかった。血液検査にて高血糖，高度炎症所見，脱水，肝腎機能障害を認めた。また尿培養よりクレブシエラを検出した。腹部 CT にて気腫性腎盂腎炎と診断した。抗生剤， γ グロブリン製剤を使用，加えて，MOF，DIC，敗血症性ショックに対し，CHDF，エンドトキシン吸着療法を行った。全身状態および CT における腎内の気腫に改善を認めないため，4月15日左腎摘除術，後腹膜ドレナージ術を施行した。病理組織学的には，腎全体に化膿性炎症性変化を認め，一部には膿瘍化と壊死傾向を認めた。術後経過良好，BS コントロールも良好となり，5月14日退院。その後再燃は認めていない。

胸部大動脈瘤治療中に腹腔内に到った腎周囲血腫の1例：角田洋一，奥見雅由，田中雅登，原田泰規，小林義幸，佐川史郎，伊藤喜一郎（大阪府立） 81歳，女性。胸部大動脈瘤に対し遠位大動脈人工血管置換術施行後，大動脈瘤の増大のため2003年6月25日に経皮的ステント移植術を行った。術後1日目の腹部 CT にて左腎周囲に血腫を認め当科紹介となった。画像上，血腫は腎筋膜内に留まっていたため経過観察していたところ，翌日に貧血の進行および腹部 CT 上血腫の増大を認めたため左腎摘除術を施行した。血腫は左腎被膜下より生じ腹膜を破り腹腔内にも進展していた。病理学的には原因となる組織学的異常を認めず，特発性腎被膜下血腫と考えられた。本疾患が腹腔内に到るまで増大した症例は，われわれが調べた限りでは過去に報告がなかった。

腎動静脈奇形の2例：園田哲平，金澤利直，竹垣嘉訓，浅井省和，熊田憲彦，柏原 昇（吹田市民） 症例1：54歳，女性。2003年，肉眼的血尿出現し，膀胱タンポナーデとなり緊急入院。3DCT 施行したところ，左腎下極に cirroid type の腎動静脈奇形認めため，無水エタノール2ccを用い TAE 施行。TAE 後，腎動静脈奇形の消失認め，現在まで肉眼的血尿の再発を認めず。症例2：52歳，女性。2003年，肉眼的血尿および左側腹部痛，出現したため来院。3DCT にて左腎下極に cirroid type の腎動静脈奇形認め，TAE の適応であると考えられたが，患者の強い希望があり，現在，保存的治療で経過観察中である。腎動静脈奇形に対する TAE には，様々な塞栓物質が使用されているが，有効率や肺塞栓などの合併症のリスクの少なから，cirroid type の腎動静脈奇形には，エタノールの使用が第一選択であると考えられた。

腎 Metanephric adenoma の1例：仲島義治，高橋 毅，澤田篤郎，吉川武志，中西真一，清川岳彦，伊藤啓之，山本新吾，賀本敏行，羽瀧友則，小川 修（京都大），岡田裕作（滋賀医大） 52歳，女性。2000年6月，人間ドックにて右腎腫瘍を発見されるが，経過観察となる。2003年3月，腫瘍の増大を認めたため当科受診。画像上，悪性腫瘍の可能性も否定できないこと，また腫瘍の size が増大しており，将来腎部分切除を行うとすれば開腹手術になる可能性もあることから，5月23日に後腹膜鏡下右腎部分切除術を施行した。摘除標本は15×15×5 mm，断面は黄白色で均一。腎実質とは境界明瞭であった。病理診断は上皮性の腎良性腫瘍であり，典型的な組織所見は示さないものの，病理所見上，乳頭状/管状乳頭状腺腫と oncocytoma が否定されるため，metanephric adenoma と診断した。

自然破裂を契機に発見された腎血管筋脂肪腫の1例：鈴木 透，土井 裕，藪元秀典（明和），杉原綾子（同病理） 60歳，男性。突然の左側腹部痛を主訴に近医受診し，CT にて左腎血管筋脂肪腫の自然破裂を疑われ当院紹介となる。CT にて腎門部から上極にかけて8×7.5 cm 大の腫瘍と血腫を認め，MRI で腫瘍は T1 強調像にて high intensity に，脂肪抑制像にて low intensity に描出され，腎血管筋脂肪腫の自然破裂と診断された。貧血の進行はなく active な出血は否定されたが，腫瘍径は8 cm と大きかったため，再出血の危険性を考慮して待機的に左腎摘除術を施行した。摘出重量は585 g で，腎門部

から上極にかけて8×7 cm の黄色調の腫瘍を認めた。また腫瘍周囲には Gerota 筋膜内に留まる血腫を認めた。病理組織診断は腎血管筋脂肪腫であった。

腎囊胞を合併した交叉性腎変位の診断から約25年後に発生した成人型 Wilms 腫瘍の1例：川上享弘，金 哲将，吉貴達寛，岡田裕作（滋賀医大），九嶋亮治（同病理） 66歳，男性。肉眼的血尿を主訴に当院外来を受診した。1977年，他院泌尿器科にて腎囊胞を合併した交叉性腎変位および単純性腎囊胞と診断されていた。当院受診時，臍周囲に腎と思われる腫瘍を触知した。膀胱鏡で右尿管口からの血尿を認めた。CT，RP では左腎が正中を越えて右側に変位し，左腎上極が右腎下極と融合していた。また，5.5×6 cm の石灰化を伴う囊胞性病変を認め，1977年時の CT と比較すると囊胞は増大していた。尿管鏡検査で，右腎盂に白色の腫瘍を認めたため，右腎盂腫瘍および腎囊胞内腫瘍の診断にて右腎尿管全摘術を施行した。病理診断は Wilms 腫瘍であった。術後6カ月経過し再発，転移を認めていない。

成人 Wilms 腫瘍の1例：林 皓章，高原由姫，鞍作克之，川嶋秀紀，杉村一誠，仲谷達也（大阪市大） 30歳，男性。嘔気・食欲低下を主訴に近医を受診。超音波検査にて左腎に径4 cm 大の腫瘍を指摘。精査加療目的にて当科紹介受診。CT・MRI にて左腎細胞癌と診断。2003年4月に全身麻酔下に腹腔鏡下左腎摘除術を施行。摘出標本は腫瘍部分は黄白色調で内部に微細な石灰化を多数認め，内側に囊胞を合併していた。病理診断は成人 Wilms 腫瘍であった。術後半年を経過し，再発・転移は認めず，現在生存中である National Wilms Tumor Study によるとわれわれの症例は stage 1 であり，最近の本邦症例報告によると stage 1 では腎摘のみで化学療法や放射線療法を行わない症例も見られ，今回われわれも腎摘のみとし，現在フォロー中である。

ハンドアシストによる腹腔鏡下腎摘除術・尿管全摘除術の経験：宮武竜一郎，清水信貴，江左篤宣（NTT 大阪） 2001年からハンドアシスト腹腔鏡下腎摘除術・尿管摘除術を開始した。対象は腎細胞癌2例，腎結石1例，水腎症2例，腎盂癌6例，計11例。平均67歳，性別は男性7例，女性4例，右3例，左8例であった。腎細胞癌は約7 cm の傍腹直筋切開をおき腹腔に入り，ラップディスクを装着，2箇所にとロッカーを挿入し，経腹膜的行った。腎動脈はクリッピングし，腎静脈は EndGIA 45 mm で切断した。腎盂尿管癌は経後腹膜的行った。尿管はハンドポート部から直視下に膀胱外で剥離した。手術時間は平均187分，出血量は平均265 ml。開腹術への移行はなし。術後鎮痛剤投与日数は平均1.5日。ハンドアシストによる腹腔鏡下腎摘除術・尿管全摘除術は手術時間・出血時間ともに開腹術と遜色がないように思われた。

両側腎腫瘍に対して両側部分切除術を施行した VHL 病の1例：矢西正明，中川雅之，西田晃久，河 源，六車光英，松田公志（関西医大） [症例] 53歳，女性。既往歴：右褐色細胞腫（15歳時手術）。家族歴：特記すべきことなし。現病歴：2001年10月近医でエコーにて左腎腫瘍指摘されるも放置。2002年9月同様の指摘され，手術目的にて当科紹介受診となった。腫瘍径は左5×7 cm・右1×2 cm。まず右腎部分切除術の後，左腎部分切除術施行。[手術方法] 左右ともに，第11肋骨床到達法にてアブローチし，腎動脈の分枝を確認。エコーにて腫瘍部分を確認し，腫瘍を栄養していると思われる動脈にインジゴカルミン液を注入して，腫瘍部分が染まる分枝動脈のみを結紮・切断し，腫瘍を切除した。[結果] DMSA 腎シンチを術前・術後と比較して，左右ともに残存腎機能は十分あった。遺伝子診断にて，VHL 病と診断された。術後10カ月して，再発認めず，VHL 病の他の合併症も認めていない。

若年性腎癌の1例：内本晋也，丸山栄勲，氏平玲美，小山耕平，木山 賢，東 治人，上田陽彦，勝岡洋治（大阪医大） 21歳，男性。15歳時に左大腿骨骨肉腫に対して手術を施行され経過観察中であった。2003年2月，腹部超音波検査で右腎腫瘍を指摘され当科紹介された。当科にて精査の結果右腎腫瘍を認めた。2003年3月，経腹的に根治的右腎摘除術を施行した。摘出標本は，重量230 g で上極に径6 cm の腫瘍を認めた。病理診断は腎細胞癌 G2>G3，pT1a，N0，Mo，granular cell type，INF- α ，v(+) であった。術後6カ月を経過し再発，転移はなく経過良好である。若年性腎癌は比較稀であり

本邦では文献上37例目であった。

腎移植時の固有腎摘出にて診断がついた腎癌の1例：安田和生，橋本貴彦，長井 潤，中尾 篤，善本哲郎，近藤宜幸，野島道生，森義則，島 博基（兵庫医大），窪田 彬（同病院病理），山本裕信（宝塚市立） 34歳，男性。17歳時ネフローゼ症候群と診断され，18歳時に血液透析導入となる。29歳時に献腎移植目的にて当科初診。両側ACDKおよび左腎上極のcomplicated cystを認め，以後経過観察となる。2003年5月14日生体腎移植を施行時，MRIにて悪性腫瘍が完全には否定できず，サイズも大きいため左固有腎を同時に摘出。摘除標本は重量668g，サイズは18×10×7cmで，上極に直径約7cm大のcomplicated cystを認め，嚢胞壁の一部より腫瘍細胞を認めた。最終診断はclear cell carcinoma, G1 INF α , v(-), pT1N0M0であった。

腹膜透析中の無ハプトグロビン血症患者に合併した腎腫瘍の1例：奥田康登，畑中祐二，梅川 徹，上島成也，栗田 孝（近畿大），坂口美佳（同内科） 36歳，男性。1970年急性糸球体腎炎，2000年11月慢性腎不全にて腹膜透析。腎性貧血にて輸血後アナフィラキシー症状を発症。後に無ハプトグロビン血症と診断。2003年5月CTで左腎に腫瘍陰影を指摘。同年6月当科紹介。同年7月無ハプトグロビン血症に合併した腎細胞癌の診断のもと自己血400ccを採取。約5cmのミニマム腰部斜切開にて，根治的腎摘除術を施行。重量100g，下極に径3cmの腫瘍が存在。病理診断は淡明細胞癌，pT1a, pN0, pM0であった。術後自己血400ccを輸血。輸血による副作用は見られなかった。術後の経過は良好で術後10日目に退院。現在も外来にて経過観察中。腹膜透析患者における無ハプトグロビン血症に合併した腎細胞癌第1例目を経験した。

気管内転移による無気肺を合併した腎癌肺転移症例に対する気管支鏡下切除の経験：三宅牧人，田中基幹，植村天受，星山文明，中西道政，松下千枝，多武保光宏，田中宣道，藤本清秀，平尾佳彦（奈良医大），玉置伸二，福岡篤彦（同呼吸器内科） 症例1. 59歳，男性。右大腿骨転移を契機に右腎腫瘍を診断され，右腎全摘術施行。術後3年，右主気管支内転移による，右下肺無気肺認め労作時呼吸困難，血痰，咳そうなどQOLの低下認め，気管支鏡下腫瘍切除術を施行した。症例2は，56歳，男性。右腎細胞癌にて，右腎全摘術施行。術後7年目に，症例1と同様，呼吸困難によるQOLの低下をきたし，左主気管支内への転移による，左下肺無気肺を認めたため，気管支鏡下療法を施行した。両症例ともに，当治療が奏功し，気管内腫瘍切除により呼吸困難など諸症状の改善と，QOLの向上を認めた。

放射線治療直後に脳出血をきたした腎癌脳転移の1例：谷川 剛，氏家 剛，垣本健一，小野 豊，目黒則男，前田 修，木内利明，宇佐美道之（大阪府立成人病セ） 63歳，男性。1998年12月左腎細胞癌に対して根治的左腎摘除術施行。1999年10月多発性肺転移出現したためIFN, IL-2療法施行するも十分な効果得られずPDであった。2003年3月頭部CTにて脳転移認めため同部位に対して定位手術的照射（Stereotactic radiosurgery; SRS）目的で同年4月15日当院脳神経外科入院となった。同年4月17日SRS 22Gy施行。SRS施行約12時間後に急激な意識低下，対光反射消失，瞳孔散大を認め，呼吸も不安定となり挿管となった。頭部CTにて転移性脳腫瘍からの出血および脳室内の出血が認められた。同年5月1日死亡。腎癌脳転移に対するSRSの有有用性，合併症について検討した。

腎細胞癌卵巣転移の1例：徳地 弘，吉田哲也，神波照夫（大津市民） 52歳，女性。2002年12月ごろから下腹部に鈍痛，しこりを自覚し，2003年4月当院受診。超音波MRI，CTにて左腎上極と骨盤内に腫瘍を認め，腹水の貯留を認めた。骨シンチにて転移は認めなかった。左腎細胞癌両側卵巣転移の診断にて2003年4月30日経腹的左腎摘除術および子宮両側付属器摘除術を施行。腹水を1,300ml認めた。腹水細胞診は陰性であった。摘除標本は左腎上極，右卵巣に腫瘍を認め，内部に壊死果を伴っていた。大きさは左腎腫瘍が7.3×5×5cm右卵巣腫瘍が11×6.5×6cmであった。病理診断は腎細胞癌（淡明細胞癌）G2>G3 expansivetype, INF β , v(+), pT3a, N0, M1であった。卵巣の転移巣も腎細胞癌（淡明細胞癌）であった。術後インターフェロン α 投与を開始した。3カ月を経過し，再発，転移なく生存中である。腎細胞癌卵巣転移は稀で文献上19例目，本邦では4

例目であった。

腸閉塞を契機に発見された腎癌小腸転移の1例：小木曾 聡，前野 淳，長濱寛二，中村健一，奥野 博（国立京都），土屋宣之（同外科），岡本英一（同病理） 57歳，女性。2年前，右腎細胞癌に対して腎部分切除術施行，病理診断 RCC clear cell type, pT1aN0M0，その後，現在までに，多発性肺，脳，骨転移来たしていた。今回，悪心嘔吐出現し入院，保存的治療行っても症状軽快せず経口摂取不能，黒色便が出現するとともに貧血が進行した。腹部CTにて，腸管内部に造影される腫瘍を認め，癌性腹膜炎または小腸腫瘍との診断にて，開腹手術を行った。回腸腔内に10.5cm大の有茎性腫瘍を認め，腫瘍含め25cm小腸切除，病理診断はMetastatic clear cell carcinomaであった。術後3日目より経口摂取可能となったが，脳転移巣の増大により意識障害来たし，術後102日目に死亡した。腎癌小腸転移は文献上20例目，本邦9例目であった。

甲状腺へ単独転移を認めた腎細胞癌の1例：細川幸成，岸野辰樹，小野隆征，大山信雄，百瀬 均（星ヶ丘厚生年金），丸山博司（同病理） 症例は66歳，男性。1996年に左腎癌の診断で左腎摘除術施行。経過観察中の2002年に胸部CTで甲状腺に径2cmの腫瘍を認めた。頸部の圧迫感や嚔声などの症状は認めなかった。超音波ガイド下に穿刺吸引細胞診を行ったところclass IVであったため，甲状腺右葉切除術施行。病理組織検査でclear cell carcinomaを認め，サイログロブリン染色が陰性であり，腎癌摘除標本との組織像と比較しても転移と考えて矛盾しないため，腎細胞癌の甲状腺転移と判断した。以後，インターフェロン療法を行いつつ，経過観察中であるが，甲状腺左葉を含め他の転移病変を認めていない。

術後著明な高尿酸血症を来した生体腎移植の1例：斎藤 純，今村 亮一，難波行臣，時実孝至，市丸直嗣，高原史郎，奥山明彦（大阪大） 36歳，男性。腎機能低下を認め，2002年9月血液透析導入となった。腎移植希望にて当科受診，2003年3月27日父親を提供者として生体腎移植を施行した。術後より血清尿酸値の上昇を認め，2日目には47.7mg/dlとなったため血液透析を施行した。1日尿量を充分確保し，低プリン食およびクエン酸製剤を開始した。アロプリノールに対しては薬剤性肝機能障害の既往があり，10mg/dayから開始し，徐々に100mg/dayまで増量した。諸検査にて尿酸過剰産生型であったため遺伝性代謝疾患が疑われた。HPRT遺伝子のpoint mutationを認め，HPRT酵素活性が62.5%と低下，APRT酵素活性は亢進していた。神経症状もなくKelley-Seegmiller症候群と診断した。

家族性巣状糸球体硬化症の男児に施行した生体腎移植の1例：兼子 美帆，能勢和宏，原 靖，松浦 健，栗田 孝（近畿大），磯川貞之，岡田 満，竹村 司（同小児科），森本康裕（東北藤井） 11歳，男性。3歳で蛋白尿が出現し，巣状糸球体硬化症（以下FGS）と診断され，ステロイド治療に抵抗性を示し，4歳で慢性腎不全に至り血液透析導入となった。透析導入後も腎機能はさらに悪化し，今回，母親をドナーとして生体腎移植目的で入院となった。弟も同じくFGSであり，腎生検にて兄弟ともに分節性硬化像が認められた。しかし，家族性FGSに特異的であるとされているPodocin変異は認められなかった。2003年2月に生体腎移植を施行した。初期免疫抑制はタクロリムス，メチルプレドニゾン，MMF，パシリキシマブにて行った。術後に一過性尿蛋白が認められるもクレアチニン0.47mg/dlまで改善し，経過は良好である。

漢方薬内服により腎不全，さらに尿路上皮癌を発症した1例：任幹夫，河嶋厚成，塩塚洋一，小角幸人（近畿中央） 25歳，女性。16歳より関木通（アリストロキア酸含有）を含む漢方薬を3年間内服。Chinese Herbs Nephropathy発症し，その年の1997年11月，末期腎不全に至り人工血液透析導入。1998年5月母親をドナーとする，生体腎移植術施行。2003年1月肉眼的血尿出現。膀胱鏡にて，膀胱腫瘍指摘。免疫抑制剤の減量に加え，2003年3月経尿道的膀胱腫瘍切除術施行。病理診断は，移行上皮癌，G2>3, pT1であった。両側固有腎盂尿管尿細胞診採取。診断は，右class III, 左class VIであった。2003年4月22日後腹膜鏡下に左固有腎尿管全摘除術，6月12日右固有尿管全摘除術施行。病理診断は，ともに移行上皮癌であった（左G2, pTis, 右G2>3, pT3）。現在，外来通院中。再発は認めていない。

診断が困難であった浸潤性腎盂腫瘍の2例：柴崎 昇，寒野 徹，辻 裕，瀧 洋二，竹内秀雄（公立豊岡） 症例1：77歳，男性。1997年12月，他院にて膀胱全摘両側尿管皮膚瘻造設術施行後，当院紹介受診。1998年4月，上部尿路は異常みられなかったが，1999年1月，血尿出現。CT上左腎にLDAを認め，左腎盂腫瘍，リンパ節転移と診断した。症例2：77歳，男性。2003年1月，血尿にて初診。膀胱腫瘍を認め，TUR-Bt施行。CT，DIP上は積極的に上部尿路腫瘍を疑わせる所見は認めなかった。5月，左水腎症出現す。精査の結果，左腎にLDAを認め，左腎盂腫瘍および同リンパ節転移と診断した。いずれの症例も，画像上は初期診断が困難であり，診断時にはすでにリンパ節転移を有していた。細胞診の陽性陰性にかかわらず，尿路上皮腫瘍 follow 中の場合，CTで腎にLDAを認めた場合，積極的に腎盂腫瘍を疑うべきである。

高Ca血症を伴い急速に進行した，浸潤性腎盂扁平上皮癌の1例：森田壮平，中村晃和，中西弘之，野本剛史，浮村 理，藤戸 章，三木恒治（京府医大），中村雅至（堀川），戎井浩二（愛生会山科） 症例は73歳，男性。右腎杯憩室内結石にて経過観察中，2003年3月全身倦怠感・体重減少が出現し，血清Ca値上昇，PTHrP上昇を認めた。腹部CT・MRIにて，右腎に浸潤性で置換性に発育する腫瘍を認め，浸潤性腎盂癌の診断のもと，2003年4月に右腎尿管全摘術を施行した。摘出標本は，大きさ14×8×9cmで，重量830gと著明な腫大を示した。病理診断はpT4pN0M0，SCC，G3>G2であり術後補助療法としてM-VAC療法を2コース施行した。術後半年を経過し，再発・転移なく生存中である。高Ca血症および血中PTHrP高値を呈した，尿路・性器悪性腫瘍45例のうち，扁平上皮癌は5例で，約11%であったとの報告がある。扁平上皮癌5例のうち腎尿管腫瘍は1例を含め2例に認められた。

Paclitaxelを中心とした集学的治療が奏功した右腎盂癌リンパ節転移の1例：寺川智章，田口 功，今西 治，山中 望（神鋼），原口貴裕（関西労災） 78歳，男性。無症候性肉眼的血尿を主訴に近医泌尿器科受診。精査加療目的に当科受診し，右腎盂腫瘍と診断。2001年8月21日右腎尿管全摘術施行。病理組織学的にTCC，G3，pT3，ly+。手術から4カ月後の腹部CTにて，大動静脈管に3×2cm大のリンパ節腫大を認め，腎盂癌のリンパ節転移と診断。2002年1月9日からpaclitaxelとcarboplatinによる全身化学療法を3コース施行し，画像にてTUR-Btの結果を得た。2002年3月15日から1.8Gy×28回の放射線照射を追加し，画像にてCRの結果を得た。2003年9月現在まで16カ月間CRを維持している。

膀胱癌の経過観察中に同時発生した右尿管扁平上皮癌と左腎尿管移行上皮癌の1例：横溝 智，伊藤伸一郎，後藤隆康，菅尾英木（箕面市立），中 祐次（なかクリニック） 71歳，女性。1995年，他院で膀胱腫瘍に対しTUR-Btを施行（TCC，G3，pT1b）。以後，明らかな再発なく近医にて経過観察されていた。尿細胞診陽性となり当院紹介され，1998年と1999年に膀胱生検を施行。組織学的にはdysplasiaで，両側腎盂尿の細胞診も陰性。その後近医で膀胱内注入療法が行われ，一旦尿細胞診は陰性化。2002年10月のDIPにて右水腎症を認め尿細胞診も陽性となり，2002年11月6日に精査加療目的に入院となる。精査の結果，右尿管癌と診断し右腎尿管全摘術施行。病理組織はSCCであった。同時に左腎尿管膀胱上皮内癌もみつかり，D-Jカテーテル留置し，ビノルビンの膀胱内注入を行った。術後9カ月経過し，明らかな再発転移認めず，細胞診でclass IV以上は一度も出ていない。

尿管腫瘍と鑑別を要した盲腸憩室炎の1例：姜 全鎬，田中一志，日向信之，竹田 雅，山田裕二，原 勲，川端 岳，岡田 弘，荒川創一，守殿貞夫（神戸大），大野伯和，黒田嘉和（同食道胃腸外科） 55歳，男性。主訴は右下腹部痛。近医にて右尿管腫瘍を疑われ当科紹介受診。画像上約2.5cmの右尿管狭窄を認めたが生検では悪性所見は認めなかった。MRI上腸管もしくは腸間膜由来の腫瘍がむしろ疑われ2003年5月に開腹術を施行した。術中所見では虫垂腫瘍の浸潤と考え，回盲部・右尿管合併切除術を施行し，ボアリフラップ作成にて膀胱尿管の吻合を行った。病理所見では虫垂および尿管粘膜は正常で，盲腸憩室炎の穿孔に伴う炎症が右尿管周囲に波及し，右尿管下部の閉塞を来したものと考えられた。術後6週目に撮影したIVP上は右腎機能は良好で右水腎尿管も改善した。大腸憩室炎の尿管への合併

症は稀ではないがわれわれが調べた限りでは盲腸憩室炎から尿管狭窄を来した報告は認めなかった。

不妊症を契機に発見された同側腎無形成を伴う右尿管異所開口の1例：河原貴史，西山博之，坂元宏匡，西田幸代，清水洋祐，東 新，木下秀文，山本新吾，賀本敏行，羽瀨友則，小川 修（京都大） 30歳，男性。主訴：挙児希望。20歳頃より精液量が少ないことを自覚。不妊症の精査中に精液検査異常（精液量0.5ml，精子濃度120万/ml，精子運動率0%）を認め，当科受診となる。画像検査上，右腎は無形成で，膀胱鏡検査でも右尿管口は確認できなかった。MRIではT1強調・T2強調ともに高信号を示す嚢胞を前立腺内から膀胱後方にかけて認め，右尿管異所開口に伴う射精管閉塞と診断した。精液所見の改善を目的に，精管・嚢胞穿刺造影および経尿道的開窓術を施行した。手術所見より左精管は尿道に，右精管は嚢胞に開口していた。術後嚢胞性病変は消失し，精液量・精子濃度ともに改善した。

抗凝固剤内服中に発症した右尿管壁内血腫の1例：室崎伸和，妹尾博行（大阪第2警察），武本征人（医誠会摂津） 患者は65歳，男性。TUR-Pの8カ月後に突然の血尿となり受診。DIP，CTにて右尿管の粘膜下，壁内血腫と診断，尿管腔内に血腫が穿破したために血尿が生じたと考えられた。心房細動に対して従来ワーファリンを投与されていたが，血尿となる18日前から，ワーファリンとパラミジンの併用療法に変更されており，PT（プロトロンビン時間）-INRは18.57と上昇し設定域を越えていたため，これらの内服を中止した。止血剤連日投与を開始し血尿は消失したが貧血は進行し，ビタミンK2単回投与にてPT-INRは正常化しヘモグロビン値は回復，保存的に治療した。その4カ月後のCTでは血腫は完全に吸収されていた。なお，パラミジンはワーファリンの作用を増強する，特に強い相互作用を持ち，逆にこれを利用してワーファリンを単独使用時の1/3から1/5量に減量できるのが併用療法であるが，このような変更時にはPT-INRを頻回に測定する必要がある。

血管内ステントグラフト留置により軽快した尿管腸骨動脈瘻の1例：山崎俊成，八木橋祐亮，白波瀬敏明，橋村孝幸（国立姫路） 76歳，男性。2002年5月，浸潤性膀胱腫瘍に対して根治的膀胱全摘除術および回腸導管造設術施行。術後，尿管回腸吻合部縫合不全のため7Fr左尿管カテーテル留置。同年12月，突然ストマより肉眼的血尿を認め来院。左尿管カテーテル交換時，腸骨動脈交叉部まで抜去すると動脈性出血を認めた。画像所見，臨床経過から左尿管腸骨動脈瘻と診断し，12月25日カバードステントグラフト（PASSAGER；Boston Scientific社製）留置術を施行した。血尿は軽快し，術後8カ月を経過し再発を認めていない。近年，尿管腸骨動脈瘻に対して動脈瘤治療に用いるカバードステントグラフトを適用し，良好な結果が得られており，低侵襲で有効な治療手技になりうるものと考えられた。

婦人科手術後の尿管腔瘻に対するIleal ureteral substitutionの経験：田口 功，寺川智昭，今西 治，山中 望（神鋼） 64歳，女性。子宮体癌に対して2003年1月準広範子宮全摘除術，骨盤および傍大動脈リンパ節郭清施行。術後に麻痺性イレウスおよび腔からの尿流出を認めたため，当科紹介された。諸検査行い，子宮摘除術後の左尿管腔瘻の診断にて，同年3月に尿路再建術を施行した。後腹膜腔，腹腔内ともに尿浸潤によると考えられる強度の癒着を認めた。また，左尿管は腎尿管移行部近傍からリンパ節郭清後の腹部大動脈壁に強固に癒着していた。尿管損傷が広範囲に及んでいたため，尿路再建として回腸尿管を選択した。当科では本症例の他に，1990年からの約13年間に医原性尿管損傷や両側尿管アミロイドーシスの3例に対しても回腸尿管を施行している。本症例を含めたいずれの症例でも，通過障害や代謝性アシドーシス，腎機能障害などの問題を認めず，順調に経過している。

膀胱移行上皮内癌に対してBCG膀胱内注入療法施行後に発生した浸潤性膀胱扁平上皮癌の1例：植村元秀，西村健作，中川勝弘，菅野展史，三好 進（大阪労災） 88歳，女性。膀胱移行上皮内癌に対してBCG 80mg膀胱内注入療法を1コース（8回）施行したが，完全には陰性化しなかった。骨盤CTでは，若干の膀胱壁の肥厚を認めたが明らかな腫瘍性病変を認めなかった。尿細胞診が特異的に陽性を示すようになったため，2コース施行。終了の4カ月後，膀胱タンポナードとなった。画像診断にて周囲脂肪組織への浸潤を伴う膀胱腫瘍

と診断し 2002年 5月27日、膀胱全摘除術、両側尿管皮膚瘻造設術を施行した。病理組織学的診断は移行上皮癌 pTis G3 とそれに連続するように膀胱壁を全層性に浸潤し周囲脂肪組織へ達する扁平上皮癌を認めた。骨盤内リンパ節には転移を認めなかった。術後15カ月経過した現在、SCC 0.8 と正常範囲内で再発の兆候なく外来通院中である。

ゲムシタピン膀胱腔内注入療法を施行した膀胱上皮内癌の1例：新井浩樹、福井辰成、黒田昌男（日生） 74歳、男性。1992年から膀胱癌に対し TUR-Bt を 8回施行、1992、1993年には BCG 注入療法を施行している。2003年 2月尿細胞診陽性となり、膀胱内に隆起性病変を認めず、エコーにて水腎症を認めなかった。上皮内癌の再発を疑い、膀胱生検・両側上部尿路の採尿を施行し、膀胱上皮内癌と診断した。BCG 注入療法はすでに 2回施行されており、患者は膀胱全摘を拒否したため、ゲムシタピン膀胱腔内注入療法を施行した。ゲムシタピン 2g を生食 100 ml に溶解し、週 2 回×3 週→1 週休業→週 2 回×3 週の予定とした。膀胱刺激症状が強く、6 回目の注入量は半量、休業は 8 週間、注入時間は 30 分から 45 分であった。尿細胞診は 9 週目より陰性となり、効果判定は CR であった。2003年 9月現在、再発を認めていない。

診断に難渋した膀胱癌の1例：射場昭典、稲垣 武、柑本康夫、鈴木淳史、上門康成、新家俊明（和歌山医大） 41歳、男性。2000年 5月、膀胱上皮内癌に対し BCG 膀胱内注入療法が行われ CR が得られていた。2002年 8月より尿細胞診陽性となったため、膀胱尿道ランダム生検 3 回、両側上部尿路精査を行うも悪性所見は認められなかった。前立腺再発を疑って行った経直腸の前立腺針生検より、膀胱前立腺移行部に UC、G3 が検出され、前立腺部尿道全周の TUR 生検では、膀胱頸部の 1 切片にのみ UC、G3 が認められた。以上より、膀胱癌前立腺浸潤と診断し、2003年 4月、膀胱全摘除術、回腸導管造設術を施行した。病理組織像では、前立腺間質への浸潤が認められた。自験例では膀胱頸部の腫瘍が前立腺に直接浸潤したものと考えられたが、このような稀な浸潤様式をとる例では診断は困難で、経直腸的生検や前立腺部尿道全周の TUR 生検が有用と思われた。

腎部痛を呈した膀胱癌骨盤内リンパ節転移による S 状結腸穿孔の1例：氏家 剛、谷川 剛、小野 豊、垣本健一、目黒則男、前田修、木内利明、宇佐美道之（大阪府立成人病セ） 62歳、男性。主訴は右腎部痛。2002年10月 9日膀胱癌で膀胱全摘除術、回腸導管造設術施行（TCC、pT3bN2M0）。術後補助療法として MEC 療法を 3 コース追加し外来にて経過観察していた。右外腸骨動脈背側にリンパ節転移を認めたため、2003年 4月30日より放射線療法を開始するも下痢症状が強く中止した。同年 5月31日、右腎部痛強くなったため来院。腹部症状はなく、MRI にて椎間板ヘルニアを認めたため、緊急入院。翌日、突然意識低下および血圧低下を認め、腹部 CT にて S 状結腸穿孔と診断し、保存的治療を施行するも同日死亡した。S 状結腸穿孔は腹膜刺激症状を来すのが遅く、画像診断も困難であり、糞便性腹膜炎から DIC を発症しやすいため、予後不良である。

膀胱全摘後 1 年 2 カ月目に肺微小腫瘍塞栓にて死亡した 1 例：小堀豪、山田 仁、平井 慎二、東 義人（武田総合） 70歳、男性。1995年 7月近医にて右腎盂腫瘍に対し右腎尿管全摘除術施行（TCC、G2、pT3、N0、M0、pV1）。膀胱内腫瘍再発を認め、当科にて TUR-Bt をくりかえしていたが浸潤性膀胱腫瘍を認めたため 2001年 7月、膀胱尿道全摘除術、左尿管皮膚瘻造設術（TCC、G2、pT2、pN0、pL1、pV1）。2002年 7月胃潰瘍による吐血にて近医入院。呼吸困難、発熱が続くため同年 9月 5日当科転院。入院 2 日目突然呼吸状態悪化。画像検査上、肺野に異常認めず。肺高血圧および右心不全を認めた。ICU 入室のうえ全身管理を行ったが入院 9 日目に死亡。肺の剖検にて尿路上皮癌由来と考えられる腫瘍塞栓を肺動脈末梢および毛細血管内に広範囲に認めた。尿路上皮癌の肺腫瘍塞栓症の報告は少なく、海外 4 例本邦 5 例であった。

膀胱原発印環細胞癌の1例：加美川 誠、杉野善雄、塚崎秀樹、眞田俊吾（関西電力） 56歳、男性。2001年10月より尿失禁、夜尿症にて当科受診。両側水腎症、萎縮膀胱を認め、膀胱粘膜生検にて chronic cystitis との診断であった。保存的加療にて改善しないため、再度膀胱粘膜生検施行したところ、特殊染色にて低分化腺癌を認め、転移性膀胱腺癌が疑われた。全身検索にて他部位に悪性所見なく、膀胱

原発腺癌の診断の下、2001年12月25日膀胱全摘、両側尿管皮膚瘻造設術施行。病理診断は膀胱原発印環細胞癌、病期は pT4bN0M0 であった。術後20カ月を経過し、再発転移を認めない。膀胱原発印環細胞癌は比較的稀で、本邦で41例目の報告となる。特に尿失禁での発症は本邦 3 例目である。

膀胱原発の小細胞癌の1例：北本興市郎、松村健太郎、長沼俊秀、内田潤次、杉村一誠、仲谷達也（大阪市大） 69歳、男性。2002年 8月26日に肉眼的血尿を認め近医受診。膀胱鏡にて膀胱頸部を中心に多発性の膀胱腫瘍を認めたため当科入院。入院後、膀胱鏡下にて生検を行い、結果は TCC、G3 であった。MRI により腫瘍は前立腺への浸潤、リンパ節転移が認められ、stage は T4N2M0 であった。Neo adjuvant chemotherapy として MEC 2 コース施行後、2003年 3月31日全身麻酔下にて膀胱全摘出術および回腸導管造設術を施行した。病理診断は Small cell carcinoma であった。Adjuvant chemotherapy として MEC 2 コース施行したが新たに骨シンチにて坐骨、恥骨に転移を認めた。そのため second line の化学療法としてイリノテカン、エトポシドによる化学療法を施行した。1 コースにて腫瘍マーカーである NSE の低下を認めた。現在 2 コース目を施行中である。

Nephrogenic adenoma の2例：岡田能幸、新垣隆一郎、北原光輝、寺田直樹、金子嘉志、大森孝平、西村一男（大阪赤十字） 症例 1 は 61 歳、男性。2001 年 2 月頃より肉眼的血尿を認め、同年 8 月当科初診。膀胱鏡にて膀胱腫瘍同定し TUR-Bt 施行した。病理所見では移行上皮癌と Nephrogenic adenoma が混在していた。術後 4 カ月で移行上皮癌の再発をきたした。症例 2 は 67 歳、男性。2000 年 6 月に血尿にて受診し TUR-Bt 施行。病理は移行上皮癌で術後 MMC 膀胱施行。2000 年 12 月再発をきたし TUR-Bt の後 THP 膀胱施行。2001 年 5 月再発をきたし TUR-Bt の後 BCG 膀胱施行。2002 年 6 月左腎盂腫瘍に対して左腎尿管全摘術施行。2003 年 3 月定期検査の膀胱鏡にて膀胱腫瘍同定し TUR-Bt 施行した。病理所見は Nephrogenic adenoma であった。術後 5 カ月で移行上皮癌の再発をきたした。Nephrogenic adenoma は比較的稀な疾患で文献上本邦 38 例目であった。

膀胱原発褐色細胞腫の1例：長船 崇、吉田浩士、小倉啓司（大津日赤）、雑賀興慶（同病理）、瀬川直樹（済生会静岡）、本郷吉洋（秋田クリニック） 54歳、女性。健診にて膀胱腫瘍を指摘され当科受診。2002年12月17日 TUR-Bt 施行。膀胱後壁右側の粘膜下に 1 cm 大の腫瘍性隆起を認めた。切除開始直後急激な血圧上昇を認め手術中止。病理組織診断は pheochromocytoma であった。CT、MRI、¹³¹I-MIBG シンチグラフィーでは腫瘍局在ははっきりしなかった。膀胱原発褐色細胞腫の診断のもとに 2003 年 1 月 30 日膀胱部分切除、骨盤内リンパ節郭清術施行。病理診断にてリンパ節に転移は認めなかったが、核の異型性、浸潤性増殖を示す部分を認め組織学的に悪性が疑われた。TUR-Bt 直後の血清ノルアドレナリンは 1,165 pg/ml と異常高値を示した。膀胱部分切除後も血清ノルアドレナリンは 713 pg/ml と高値を示したが、その後血清カテコラミンの正常化を認めた。術後 7 カ月を経過し、再発、転移はなく生存中である。

膀胱 S 状結腸瘻の1例：竹内一郎、田原秀一、平岡健児、篠田康夫、納谷佳男、三神一哉、内田 睦（松下記念） 66歳、男性。約 1 年前より繰り返す膀胱炎症状を繰り返しており、今回血尿、気尿、壊死組織の排泄があり受診。膀胱鏡にて膀胱頂部に villous mucosa を認めた。膀胱結腸瘻を疑い、注腸造影・大腸内視鏡・CT 行うも瘻孔は証明できなかった。MRI で S 状結腸憩室と膀胱壁の肥厚、dimpling、両者の癒着を認め膀胱 S 状結腸瘻と診断し、膀胱部分切除・S 状結腸部分切除術を施行した。術中膀胱と S 状結腸とに癒着を認め、剝離すると瘻孔を認めた。術後 6 カ月現在再発を認めていない。膀胱 S 状結腸瘻は炎症性、特に結腸憩室炎によるものが多く、画像により瘻孔を証明できたものは 65% にとどまる。診断には詳細に病歴を聴取するとともに、MRI を中心とした画像検査を行う必要がある。

尿管管囊胞に合併した尿管管癌の1例：沖波 武、今村正明、石戸谷 哲、前田純宏、奥村和弘（天理よろづ）、眞田俊吾（関西電力） 67歳、男性。2002年 1 月に排尿困難のため近医受診。顕微鏡的血尿を認め、超音波検査、MRI にて尿管管腫瘍と診断された。2002年11月当科紹介。膀胱鏡にて膀胱頂部に腫瘍の突出を認めた。CT では膀胱

内に突出する尿管管嚢胞を認め、その壁の一部が造影され充実性を示していた。膀胱浸潤を伴う尿管管腫瘍の診断にて、腹腔鏡下に尿管管全摘除術および膀胱部分切除術を施行した。病理診断は、嚢胞内腔面に低分化型腺癌の増生を認め、一部で膀胱壁内に浸潤し膀胱内腔に進展していた。組織断端は陰性で、膀胱壁以外には浸潤を認めなかった。また術前の CEA は 117.6 ng/ml と高値であったが、術後 2 カ月で正常化した。術後 7 カ月経つ現在、再発・転移を認めていない。尿管管癌と尿管管嚢胞の合併は稀で文献上 15 例目であった。

尿管管管黄色肉芽腫の 1 例：山本智将，森 康範，加藤良成，井口正典（市立貝塚），南谷かおり，沢井ユカ（同放射線） 47 歳，女性。34 歳時に下腹部正中切開で卵巣摘出術の既往がある。2003 年 1 月半ばより発熱と下腹部痛で婦人科を受診し、画像上、尿管管腫瘍が疑われたため当科紹介された。MRI で膀胱頂部に子宮腹側より腹直筋後面を膈まで連続する、内部が嚢胞上で壁肥厚を示す腫瘤を認め、T1 強調で低信号、T2 強調で高信号を示した。また腫瘤には著明な造影効果があり、尿管管腫瘍が強く疑われた。同年 2 月に全身麻酔下で下腹部正中切開で腫瘤を含めた尿管管全摘出術と膀胱部分切除術を施行した。切除標本は 110 g，腹直筋直下の腫瘤部分は黄褐色調を呈していた。病理診断は大型で泡沫上の細胞質を有する foamy cell の集簇とその周囲の非特異的炎症反応と繊維化が認められ黄色肉芽腫と診断された。尿管管管黄色肉芽腫は文献上，本邦報告 13 例目であった。

眼窩転移をきたした前立腺癌の 1 例：熊野晶文，玉田 博，李 勝（県立柏原），原田健一（兵庫成人病セ），武中 篤（川崎医大），中村一郎（神戸西市民），松下全巳（松下） 75 歳，男性。限局性前立腺癌の診断のもと当科にて 1996 年 11 月根治的前立腺摘除術施行した。術後内分泌療法施行しつつ経過観察中，1999 年 11 月に局所再発が確認された。放射線療法および化学療法を追加したが，2000 年 11 月には腰椎転移が認められた。2001 年 10 月 30 日，突然の視力低下および左眼球突出認め来院，精査加療目的にて入院となった。CT，骨シンチにて造骨性および溶骨性変化を示す腫瘤が認められ，前立腺癌眼窩転移と診断した。入院後は種々の事情により積極的な治療は行わず，対症療法にて経過観察とし，入院 4 カ月後に死亡した。転移性眼窩腫瘍は稀で，前立腺原発は自験例で 55 例目，本邦では 10 例目であった。

後腹膜腫瘍にて発見された前立腺癌の 1 例：甲野拓郎，北村雅哉，永原 啓，赤井秀行，高羽 津，岡 聖次（国立大阪），三嶋秀行（同外科） 57 歳，男性。2002 年 8 月頃から左下腹部痛および下腹部腫瘤に気づき近医外科受診。骨盤内後腹膜腫瘍疑いにて当院外科紹介，入院となった。MRI 上骨盤内左側に最大 11 cm の多数の結節状の腫瘤および前立腺の腫大を認めたため当科紹介となった。当科で測定した PSA は 2,248 ng/ml であり，また触診上も前立腺癌の可能性が高いと判断したが，確定診断のため生検施行。病理診断にて前立腺癌（中分化型）およびそのリンパ節転移と診断された。骨シンチ上骨転移はなく T4N1M0 の前立腺癌として MAB 療法および放射線療法を施行。現在は無治療経過観察中であるが PSA は 1.3 ng/ml まで低下している。リンパ節転移による腹部腫瘤を主訴とした前立腺癌は本邦報告上 24 例目であった。

酢酸リユープロレリンによる皮下アレルギー性肉芽腫の 1 例：際本宏，堀川重樹，小池浩之，永井信夫（耳原総合），後藤 靖（同皮膚科） 73 歳，男性。主訴：両側上腕皮下腫瘤。臨床経過：前立腺癌の診断にて MAB 療法施行。酢酸リユープロレリン 11.25 を右腕皮下に投与後，同部に小指頭大の皮下硬結が出現した。12 週後には退縮傾向にあったため 2 回目の投与を左側上腕皮下に行ったところ無痛性の発赤，腫脹，硬結，皮膚潰瘍が左側に強く出現し，初回注射部の flare up が出現した。皮膚科受診後，左側病変部の生検施行。病理診断は Sarcoidal granulomatous dermatitis であった。臨床所見，病理所見より酢酸リユープロレリンによる皮下アレルギー性肉芽腫と診断した。抗生剤投与にて経過観察したところ 2 回目投与後より 12 週経過したところから徐々に軽快し，治癒した。酢酸リユープロレリンによる注射部位皮膚障害の報告は少なく本邦では文献上 6 例目であった。

ホルモン療法中に Neuroendocrine differentiation をきたした前立腺癌の 1 例：松本吉弘，壬生寿一，影林頼明（大阪厚生） 80 歳，男性。2001 年 9 月夜間頻尿を主訴に当科受診。PSA 82.2 ng/ml と高値で針生検を施行。病理診断は中分化型腺癌であった。前立腺癌

stage D2 の診断下で LH-RH アゴニストとビカルタミドによる MAB 療法を開始。2003 年 1 月 PSA は 0.012 ng/ml であったが CEA が著明に上昇し，直腸指診および画像上前立腺癌の局所再発が疑われたため針生検施行したところ，低分化型腺癌，neuroendocrine differentiation（神経内分泌分化）と判明した。2003 年 9 月現在生存中である。Neuroendocrine differentiation の診断には NSE，chromogranin A，synaptophysin，NCAM などのホルモンの血液，組織中での証明が有用とされているが明確な定義はない。また非常に進行が早く，有効な治療法もなく予後不良因子である。

前立腺原発印環細胞癌の 1 例：中川勝弘，菅野展史，植村元秀，西村健作，三好 進（大阪労災），吉田恭太郎，川野 潔（同病理） 76 歳，男性。主訴は排尿困難。近医にて前立腺の硬結と，PSA の高値を認めたため 2002 年 6 月当科受診。PSA は 28 ng/ml であり，同年 7 月経会陰的前立腺針生検施行，病理組織学的診断は印環細胞癌であった。MRI で前立腺を大きく占める低信号領域を認め，膀胱浸潤が疑われた。上部および下部消化管造影にて悪性所見を認めず，CT，骨シンチグラムで転移を認めなかった。前立腺原発印環細胞癌 cT2bN0M0，stage B2 の診断にて 2002 年 11 月 13 日膀胱前立腺摘除術および回腸導管造設術を施行。免疫組織染色で PSA 染色は陽性，PAS 染色と Alcian blue 染色は陰性であった。術後 9 カ月を経過して PSA の再発，転移を認めていない。

前立腺 Endometrioid adenocarcinoma の 1 例：薫原宏一，福原慎一郎，森 直樹，原 恒男，山口誓司（市立池田），藤末 健（藤末クリニック） 60 歳，男性。近医にて前立腺肥大症にて治療中，2002 年 11 月に PSA の上昇を認めた。2003 年 1 月 10 日，当科受診。直腸診では軽度腫大した前立腺を触知した。MRI，エコーでは尿道近傍に前立腺癌が疑われた。同部を中心に経直腸のおよび経会陰的に前立腺生検を行い，尿道近傍に乳頭状増殖の強い前立腺癌を認めた。なお，辺縁域には前立腺癌を認めなかった。リンパ節転移，骨転移は認めず，stage B2 と診断した。3 月 18 日に恥骨後式前立腺全摘除術を施行した。病理診断は endometrioid adenocarcinoma であった。術後 6 カ月経過したが，再発徴候なく経過は良好である。Endometrioid adenocarcinoma は稀な腺癌の 1 つとして分類されており，本邦ではこれまでに 67 例の報告があり，文献的考察を加えた。

前立腺原発移行上皮癌の 1 例：穴井 智，安川元信，仲川嘉紀，吉田宏二郎（大和高田市立） 67 歳，男性。2002 年 10 月排尿時痛，終末時血尿を主訴に当科受診。尿細胞診 class IV。尿道膀胱鏡にて前立腺部尿道に腫瘍を認めた。骨盤 MRI では膀胱壁への浸潤を疑われた。TUR-biopsy および経直腸的前立腺針生検施行し，いずれも移行上皮癌であった。前立腺原発移行上皮癌と診断し，MVAC 3 コース施行。骨盤 MRI および経直腸的前立腺超音波検査にて腫瘍サイズの縮小を認めたため，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。摘出標本に Viable cell を認めず，MVAC が奏効したものと考えた。UFT 内服の上，術後 6 カ月経過した現在，明らかな再発を認めていない。前立腺原発移行上皮癌は，本邦 37 例目の報告であり，診断・治療方法などについて考察した。

骨盤骨折に伴う後部尿道完全断裂に対して形状記憶合金製尿道ステントが有効であった 1 例：町田裕一，山崎健史，岩井友明，松村健太郎，田中智章，川嶋秀紀，杉村一誠，仲谷達也（大阪市立大） 症例は 54 歳，男性。主訴は尿閉。1999 年 11 月 5 日，作業中ショベルカーに轢過され，当院へ救急搬送。初診時には右仙骨骨折，両側恥坐骨骨折みとめ，整形外科にて緊急で創外固定施行。同時に後部尿道の断裂をみとめ，緊急で膀胱瘻を造設した。2000 年 1 月 27 日，尿道再建術施行した。自排尿可能となり 3 月 12 日退院するも再狭窄きたし，同年 3 月 27 日尿道切開術施行した。退院後外来にて尿道ブジー施行していたが 2 度目の再狭窄をきたし，同年 7 月 19 日尿道ステント留置術施行した。排尿状態が良好のため 7 月 30 日退院となり，以後外来にて follow up しており，約 3 年経過しているが排尿状態は良好である。

動脈塞栓術が有効であった TVT 手術後骨盤内血腫の 1 例：向井雅俊，藤井孝祐，高寺博史（八尾徳洲会），岡田博司，西峯 潔，津島寿一（同放射線） 75 歳，女性。2003 年 5 月，3 年来的咳・くしゃみ時および運動時の尿漏れを主訴に当科受診。チェーン尿道膀胱造影により腹圧性尿失禁と診断し，6 月 25 日，局所麻酔併用全身麻酔下

TVT 手術を施行した。術中経過は良好であったが術3時間後より下腹部痛、嘔気、嘔吐が出現し、著明な血圧の低下を認めた。造影CTにて骨盤内出血および径16×10×10 cmの骨盤内血腫を確認した。引き続き動脈造影を行い、恥骨後面左側の動脈からの出血を確認し、選択的動脈塞栓術により止血した。術後尿失禁は消失し、排尿障害も認めていないが、血腫は残存し、現在経過観察中である。

巨大陰茎腫瘍を形成した乳房外 Paget 病の1例：青木 大，梶尾圭介，古倉浩次，荻野敏弘（市立宝塚），杉本 直（同皮膚科） 74歳，男性。約3年前から陰部掻痒感を自覚。また、徐々に陰茎に腫瘤が形成され始めたが放置していた。しかし腫瘤の増大傾向および出血を認め、2003年2月に当科を受診。陰茎腹側に表面凹凸不整で鮮紅色かつ易出血性の腫瘤を認め、両側鼠径リンパ節も触知した。入院の後、腫瘤部の生検を施行した。結果は腺癌であった。腫瘍マーカーはCA19-9、CEA、CA125は高値を示し、SCCとPSAは正常範囲であった。原発性および転移性陰茎癌と診断し、精査を行ったが、転移性は否定的で皮膚科を受診。正常表皮を含めた再生検にてPaget癌の診断がつき、4月1日、陰茎腫瘍広範囲摘除術と遊離皮弁による皮膚移植術および、両側鼠径リンパ節廓清術を施行した。術後約半年経つが、経過は良好で再発徴候も認めていない。

会陰部に発生した富細胞性血管線維腫の1例：東郷容和，福井浩二，丸山琢雄，瀧内秀和，森 義則，島 博基（兵庫医大），辻村亨（同第一病理），窪田 彬（同病院病理），善本哲郎（市立川西） 59歳，男性。2000年8月会陰部の無痛性腫瘤を自覚し当科受診。経過観察中に腫瘤が増大したため、2002年9月会陰部腫瘍摘出術施行。サイズは11×4×3 cm，重さは55 g，表面は比較的平滑であり、内部は血管に富んだ黄白色の充実性の腫瘍であった。病理組織診断はCellular angiofibromaであった。術後1年を経過し、再発、転移はなく外来にて経過観察中である。Cellular angiofibromaは1997年にFletcherらが提唱した、外陰部に特異的に発生する良性腫瘍と定義されている。米国において術後10年以上経過して再発例が認められたこともあり長期的な経過観察が必要であると考えられた。男性で会陰部に発生したものは、われわれが調べた限りでは本症例が第1例目であった。

両側同時性精巣腫瘍の1例：岩村浩志，大西裕之（奈良社保） 症例は29歳，男性。2002年6月頃より右陰嚢内容の腫脹を自覚するも放置していた。10月より左陰嚢内容の腫脹も自覚するようになり11月14日に当科受診。初診時にβ-HCG、LDHの高値を認めた。超音波画像およびMRIなどより両側精巣の悪性腫瘍が疑われたために、11月14日に両側高位精巣摘除術を施行した。右は7×5×3 cm，全体乳白色充実性腫瘍に占められていた。白膜浸潤を認めた。左は4×3×2 cm，一部に正常組織を認めたが殆どは右と同じ腫瘍であった。右はpT2N0M0，左はpT2N0M0 何れも第一病期であった。術後腫瘍マーカーはすべて陰性化した。化学療法および放射線療法は行わず経過観察中である。ホルモン補充療法を外来にて施行中である。

PBSCT 併用超大量全身化学療法施行後に発生した異時性両側精巣腫瘍の1例：相馬隆人，伊藤靖彦，内田潤二，飛田収一（京都市立），安井 寛（同病理），種田倫之（北野） 29歳，男性。19歳時、左陰嚢部無痛性腫大にて受診。左精巣腫瘍で左高位精巣摘出術施行。病理組織は卵黄嚢腫瘍，奇形腫であった。Stage I の診断で、1年5カ月間再発なしに経過。その後診察を自己中断。22歳時イレウスによる急性腹症にて当院外科で緊急開腹。後腹膜リンパ節転移指摘され回盲部切除術および腫瘍部分切除術後、当科転科。BEP 3コース，RPLND，PBSCT 併用超大量全身化学療法施行し再発なく経過。

2002年8月定期検診時、HCG-βサブユニット高値を指摘。触診、エコー上、右精巣腫瘍認め高位精巣摘出術施行。セミノーマ stage I の診断で、現在再発なく経過観察中である。

重複下大静脈血栓から肺梗塞を生じた精巣腫瘍後腹膜リンパ節転移の1例：天野利彦，原 勲，田中一志，山田裕二，川端 岳，岡田弘，守殿貞夫（神戸大） 32歳，男性。2002年左頸部の腫瘤を自覚し近医受診。左精巣腫瘍の頸部リンパ節転移と診断され左高位精巣摘除術施行。Mixed germ cell tumor, teratoma, seminoma, embryonal carcinoma であった。画像上、頸部から腋窩リンパ節、後腹膜リンパ節腫脹，重複下大静脈を認め、臨床病期 3A と診断された。右下大静脈は後腹膜リンパ節により完全に閉塞していた。PEBを開始したが、労作時呼吸困難を自覚、肺塞栓症と診断され当院循環器内科に転科、加療後当科に転科となった。PEB 1コース，PBSCT 併用超大量化学療法1コースを追加後、リンパ節を二期的に郭清した。現在外来にて経過観察中であるが、再発を認めていない。

原発性精巣カルチノイドの1例：藤本 健，吉井将人，東 拓也，渡辺秀次（済生会中和） 71歳，男性。1995年頃より左陰嚢内容の腫脹を自覚するも放置。2003年1月23日、切迫性尿失禁で当科を受診した際、左陰嚢内容の腫大を認める。超音波検査，MRIで、精巣腫瘍と診断され、同年3月5日、腰椎麻酔下に左側高位精巣摘除術を施行した。摘出標本では、腫瘍は黄白色を呈し、充実性で一部に嚢胞状の部分を含めた。病理組織診断では、Chromogranin A 染色，Synaptophysin 染色において陽性を示し、精巣カルチノイドと診断した。術後に施行した呼吸器および消化管の検索において異常を認めず、また血中セロトニン値やヒスタミン値は正常であったが、血中5HIAA値のみが軽度上昇していた。術後6カ月を経過したが、血中5HIAA値は正常化し、再発、転移はなく経過観察中である。

陰嚢内脂肪肉腫の1例：丸山 聡，岡 泰彦（加古川市民），岡村明治（同病理） 59歳，男性。2003年4月21日右陰嚢内容の腫大を主訴に当科受診。右精巣上部～右精索部に鶏卵大の腫瘍を認めた。USで高エコー。MRIでT1 high，T2 low intensityで造影効果を認めた。5月16日腫瘍を含む高位精巣摘除術を施行した。摘除標本は91 g，精巣・精索と明らかな境界を持つ70×50×45 mm，弾性軟な腫瘍であった。病理診断はWell-differentiated liposarcoma, sclerosing typeであった。陰嚢内脂肪肉腫は高分化型・粘液型が多く比較的前後良好とされているが、再発が9例報告され、すべて局所再発であった。5年以降の再発が6例で長期の経過観察が必要である。文献上陰嚢内脂肪肉腫は本邦96例目であった。

左精巣上部腫脹で判明した悪性リンパ腫の1例：中野雄造，源吉顕治，伊藤 登（社保神戸），足立陽子（同内科） 65歳，男性。2003年2月より左陰嚢内容の無痛性腫脹認め2月19日近医受診。精巣腫瘍が疑われたため2月21日当科紹介受診し精査加療目的で3月6日入院した。触診で左精巣上部が全体的に腫脹しており、結核などによる精巣上部炎あるいは精巣上部腫瘍が考えられたため、2003年3月21日腰麻下、左高位精巣摘除術施行。病理診断は微侵性大細胞型のBcellリンパ腫であった。術後の腹部CTで後腹膜リンパ節腫脹を認め、内科転科の上、抗癌化学療法施行。現在も外来通院中であるが新たなリンパ節腫脹など認めていない。精巣上部悪性リンパ腫はあまり報告されておらず、われわれが調べた範囲では8例認め、うち初発例が6例、再発例が2例であった。治療方法は、まず精巣高位摘除術を行った後、全身性疾患の一部と判断し抗癌化学療法あるいは放射線療法を追加していた。