

学会抄録

第225回日本泌尿器科学会関西地方会

(2015年1月25日(土), 於 兵庫医科大学)

腎に発生した **Inflammatory myofibroblastic tumor** の1例: 富山栄輔, 岡田紘一, 木内利郎, 向井雅俊, 中山治郎, 今津哲央, 三宅修, 清原久和(市立豊中), 木村勇人, 足立史朗(同病理) 59歳, 男性. 2013年7月肉眼的血尿を主訴に近医受診. 腹部超音波検査で右腎腫瘍を指摘され, 当科紹介受診. CT, MRI で右腎中部に 34 mm 大の造影効果の乏しい腫瘍を認め, 右腎癌 cT1aN0M0 と診断し, 9月後腹膜鏡下腎摘除術を施行. 病理組織診ではリンパ球・形質細胞を主とした炎症細胞の浸潤を背景に, vimentin, SMA, desmin の発現を認める紡錘形細胞の増生が見られ, 腎に発生した Inflammatory myofibroblastic tumor と診断した. 腎 IMT は術前診断が困難な稀な疾患であり, われわれが調べた限りでは, 自験例は本邦報告9例目と思われる. 術後4カ月で再発・転移を認めていないが, IMT には再発・転移の報告もあり, 今後の経過観察が重要と考えられる.

腎類上皮血管筋脂肪腫の1例: 西本光寿, 橋本 潔, 加藤良成, 井口正典(市立貝塚), 山崎 大(同病理) 30歳, 女性. 主訴は右側腹部痛. 近医のエコーで右腎に腫瘍を認め, 精査加療目的で当院紹介された. CT 上, 動脈相で不均一だが腎皮質と同程度に染まり, 後相で腎実質より低吸収である境界明瞭な 52 mm 大の腫瘍を認め, 腎細胞癌が強く疑われた. 2013年10月10日に腹腔鏡下根治的右腎摘除術を施行した. 摘出標本の剖面では, 腫瘍径は 42×31 mm, 白黄色の粥状を呈していた. 病理組織は, 大型かつ円形から立方状の好酸性の細胞質を有し, 核小体が目立つ類上皮細胞がシート状に増殖し, 90%以上を占めていた. HMB45, MelanA, α -SMA で陽性を示し, 確定診断に至った. 術後3カ月著変なく経過している. 腎類上皮血管筋脂肪腫は, 本邦において検索しうる限り45症例の報告がある. 血管筋脂肪腫の重症で3分の1が悪性の経過をたどる. 45症例の統計的検討を行った.

腎血管筋脂肪腫に隣接する形で発生した腎癌の1例: 角井健太, 石田貴樹, 楠田雄司, 山道 深, 中野雄造, 山田裕二(県立尼崎) 66歳, 男性. 既往歴, 家族歴に特記事項なし. 10年以上に渡り, 年1回エコーで腎血管筋脂肪腫をフォロー. 腎血管筋脂肪腫の径は 14 mm 大であり経過中にサイズの変化は認めなかったが, 同側腎に新たに性状の異なる腫瘍性病変が出現. 造影CTを施行したところ新たな腫瘍性病変は腎癌 cT1bN0M0 と考えられたため腹腔鏡下根治的腎摘出術を施行. 病理検査では既知の腎血管筋脂肪腫に隣接する形で淡明な細胞質をもつ腫瘍細胞の増殖を認め, clear cell renal cell carcinoma with angiomyolipoma と診断. 術後再発なく経過している.

腎細胞癌で腎摘除後, 遺残尿管, 膀胱, 前立腺部尿道に尿路内再発を認めた1例: 西山隆一, 久保田聖史, 寒野 徹, 岡田 崇, 東 義人, 山田 仁(武田総合) 63歳, 男性. 4年前に経腰的左腎摘除(乳頭状腎細胞癌, pT1a), 肉眼的血尿あり. 尿細胞診 class 2, 膀胱鏡で後三角部・前立腺部尿道に多発性有茎性非乳頭状腫瘍, 左尿管口から尿管腫瘍突出を認めた. PET で左遺残尿管腫瘍を認め, 他は異常なかった. TURBT 施行. 立方状腫瘍細胞が乳頭状に増殖し, 病理診断は転移性乳頭状腎細胞癌であった. 後日, 後腹膜鏡下に左遺残尿管摘除施行. ポリープ様腫瘍性病変が尿管内腔で数石状に多発し, 組織像は乳頭状腎細胞癌が正常尿路上皮で被覆された多発性粘膜下腫瘍の形態であった. また尿管内静脈浸潤と, 遺残尿管断端近傍の静脈内に腫瘍塞栓を認めた. 腎細胞癌が逆行性静脈性に遺残尿管へ多発転移し, さらに尿流性に膀胱・前立腺部尿道へ多発転移したものと考えられた.

腎細胞癌胃転移の2例: 大杉治之, 藤井将人, 北村悠樹, 眞鍋由美, 伊東晴喜, 三品睦輝, 奥野 博(京都医療セ), 山本鉄郎(同病理) 症例1: 67歳, 男性. 2006年8月(61歳時)に巨大な右腎癌に対し, 術前 TAE と半年間の INF を投与した後に開腹腎摘除術を施行(ypT3aN0M0). 術後6年目に多発の転移性肺腫瘍を認め, 原発巣検

索のため施行した上部消化管内視鏡で多発の腎癌胃転移を認めた. 腎癌肺・胃転移に対し, ソラフェニブを開始. 胃転移は著明な縮小を認め, 肺転移は PR の判定. 16カ月現在もソラフェニブ継続中. 症例2: 70歳, 男性. 2006年8月(64歳時)に右腎癌に対し, 腰部斜切開腎部分切除術を施行(pT1aN0M0). 術後5年目に単発の肺腫瘍を認め, 胸腔鏡下肺部分切除術施行したところ, 腎癌肺転移であった. その翌年, 胃部不快感を認め, 上部消化管内視鏡にて腎癌胃転移を認めた. 単発であったため腹腔鏡下胃部分切除術施行. 術後10カ月現在再発は認めず.

原発の診断に苦慮した肺多形癌からの転移性腎腫瘍の1例: 清水保臣, 井口太郎, 仁田有次郎, 町田裕一, 鞍作克之, 川嶋秀紀, 仲谷達也(大阪市大) 62歳, 男性. 右腋窩痛を主訴に受診し, CT にて胸部腫瘍および腎腫瘍を認めた. それぞれの腫瘍に対して生検を施行したが原発は不明であった. 胸部腫瘍の増大が著しく, これ以上診断に時間を費やすと治療機会を逸する可能性があり, 鑑別としてあげられたペリニ管癌と腎盂癌をカバーできる GC 療法を開始した. しかし薬剤性肺炎が出現し, 薬剤性肺炎による呼吸状態悪化のため死亡した. 病理解剖にて肺多形癌の腎転移との診断であった. 本邦での肺多形癌からの転移性腎腫瘍の報告はなく, 若干の文献的考察を加えて報告した.

デノスマブ投与中に腎不全の発症に伴い低 Ca 血症を生じた前立腺癌骨転移の1例: 横山直己, 桃園宏之, 寺川智章, 田中浩之, 井上隆朗(兵庫県立がんせ) 78歳, 男性. 前立腺癌骨転移に対しデノスマブ投与, また低 Ca 血症予防に天然型 VitD を内服中. 1年の経過を経て局所進行により腎後性腎不全を生じた. 腎臓造設により腎機能は軽快したが, その際血中 Ca 値が急激に低下した. 低 Ca 血症の原因はデノスマブによる骨吸収の阻害, 腎不全による天然型 VitD の活性化の阻害, 利尿期に伴う尿細管の Ca 再吸収障害が考えられた. Ca 補充を行い, また VitD 製剤を活性型に変更し血中 Ca 値は軽快した. 天然型 VitD 製剤は活性型 VitD に比べ高 Ca 血症のリスクを低減するが, 腎機能障害患者では無効の可能性がある. またデノスマブ投与中の低 Ca 血症は, 何らかのイベントを契機に急激に発症する可能性があり, 注意を要する.

膀胱癌の術後経過観察中に前立腺平滑筋腫を合併した1例: 関井洋輔, 城 沙也佳, 野々村大地, 山本致之, 米田 傑, 野村広徳, 高田晋吾, 松宮清美(大阪警察), 辻本正彦(同病理) 59歳, 男性. 膀胱癌の術後経過観察中に, 排尿困難あり. MRI で左葉に腫瘍の指摘あり, 前立腺生検を施行. 病理診断は前立腺平滑筋腫であった. 前立腺肥大症の診断で, 経尿道的前立腺切除術を施行. その後再腫大に対し再度経尿道的前立腺切除術を施行し, 排尿症状は改善した. 膀胱癌の術後経過観察中に前立腺平滑筋腫を合併した1例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告した.

前立腺癌小脳転移の1例: 今井聡士, 鈴木光太郎, 奥野優人, 田口功, 岡本雅之, 川端 岳(関西労災) 70歳, 男性. 前立腺癌 cT3bN1M1 (stage D2) に対し MAB 療法開始後11カ月. 嘔吐, 頭痛を主訴に来院. MRI で小脳半球に 5 cm 大の腫瘍を認めたため外科的切除を施行した. 病理組織学的所見は, 前立腺生検での組織像(低分化型腺癌)と形態学的に類似し, 免疫染色上, 他臓器原発腺癌も否定的事から前立腺癌小脳転移と診断した. PSA 軽度上昇, リンパ節転移巣縮小傾向, 骨転移軽度増悪の経過中に脳転移を来したと考えられた. 前立腺癌脳転移の報告は少なく, 本症例のように低分化型腺癌に多いとされる. 予後は約1年と非常に悪いものの, 転移巣が単発かつ, 全身状態が許せば外科的切除により神経症状の改善が期待できる. 本疾患は PSA が上昇しない場合も多いため, 神経症状の出現に留意し転移巣の1つとして念頭に置くべきである.

前立腺小細胞癌の1例：星山文明，田中雅博（大阪回生） 59歳，男性．切迫性尿失禁・排尿困難を主訴に受診．PSA 高値（10.6 ng/ml）にて生検を行い前立腺小細胞癌と診断．小細胞癌の腫瘍マーカーであるNSEおよびProGRPは正常値であった．PETCTで左外腸骨リンパ節への転移を認め，MRI（T2W）では前立腺右葉の辺縁域以外は低信号を示し，全体が腫瘍で置換されていると考えられた．中心部は壊死を伴い，精嚢浸潤が疑われたが，直腸への明らかな浸潤所見を認めず，クリニカルステージcT3bN1M0 stage D1と診断した．集学的治療の一環として，拡大骨盤内リンパ節郭清を含む前立腺全摘除術を施行した．術後etoposide+ cisplatinによるEP療法を3コース施行後に，PSA failureを認めたため，MAB療法を行っている．術後約1年を経過した現在，画像上明らかな転移はなく社会復帰している．

排尿困難を来した前立腺正中嚢胞の1例：中野剛佑，木内 寛，宮川 康，辻村 晃，野々村祝夫（阪大） 症例は40歳，男性．3カ月前から排尿困難，頻尿を自覚し，次第に増悪してきたため当科受診．IPSS 28点，QOL 6点と重症の下部尿路症状を有し，最大尿流量率14.1 ml/s，1回排尿量150 ml，昼間排尿回数18回であった．US，MRIで前立腺正中背側から膀胱後壁を圧排する30 mm大の嚢胞性腫瘤を認め，前立腺正中嚢胞と診断．Pressure flow studyで尿道抵抗は境界型，排尿筋収縮力はやや弱いという結果であった．排尿障害の原因は嚢胞による膀胱頸部開大障害，尿道抵抗の増大，排尿筋収縮力の低下の合併によるものと考え，前立腺正中嚢胞に対し経尿道的前立腺嚢胞開窓術を施行．術後，IPSS 12点，QOL 1点と排尿症状，蓄尿症状とも大幅に改善した．OABSS，1回排尿量，排尿回数，最大尿流量率すべてにおいて改善を認め，術後6カ月経過した現在，再発を認めていない．

精嚢に発生したSchwannomaの1例：大草卓也，谷口 歩，岩西利親，松崎恭介，中川勝弘，蔦原宏一，谷川 剛，今村亮一，山口誓司（大阪急性期医療セ），島津宏樹，伏見博彰（同病理） 61歳，男性．2013年4月下旬腹痛にて前医受診．精査にて施行されたCTにて精嚢腫瘍を指摘．生検にて前立腺に前立腺癌，精嚢腫瘍はschwannomaを指摘され当科紹介受診となった．前立腺癌，精嚢腫瘍に対しロボット支援腹腔鏡下前立腺・精嚢摘除術施行．病理組織検査結果にて前立腺癌，ならびにschwannomaとの診断となった．経過は良好で術後約6カ月経過しているが，再発を認めていない．精嚢腫瘍は稀な疾患であり，そのなかでもschwannomaは文献上8例目の報告となる．

集学的治療によって完治を達成した成人Wilms腫瘍の1例：齋藤賢吉，内本泰三，高井朋聰，反田直希，南 幸一郎，小村和正，高原健，平野 一，稲元輝生，能見勇人，木山 賢，東 治人（大阪医大） 25歳，男性．CTにて最大径14 cm腫瘍を左腎に認め，腎癌として腎摘除を施行．病理組織結果は成人Wilms腫瘍．NWTSG分類stage IVとして多発肺転移と右大腿骨転移に対してDD-4A療法を施行．その後肺部分切除，自家液体素処理骨移植を実施し治療開始から1年を経過し病理組織学的寛解を得た．

剖検にて胃癌多発転移が死因と考えられた腎癌術後肺，腓頭部転移の1例：藤原 遼，成田充弘，城 文泰，鄭 裕午，広田竜一，山下寛人，小林憲市，水流輝彦，瀧本啓太，吉田哲也，影山 進，上仁数義，岡本圭生，荒木勇雄，河内明宏（滋賀医大），仲山貴永，杉原洋行（同病理），岡田裕作（野洲） 67歳，男性．既往歴は4年前に胃癌（低分化腺癌，stage IV）に対して胃全摘施行，以後化学療法を継続．15年前に右腎癌（淡明細胞癌，stage II）に対して腎摘を施行．7年前に腓尾部・右肺転移，4年前に左肺転移に対して切除術施行，いずれも腎癌由来であった．その後，肺・腓頭部転移，左鎖骨下静脈血栓を認め，当院入院．入院時胸水細胞診より腎癌由来の癌性胸膜炎と診断．腎癌による肺・腓頭部転移，癌性胸膜炎，左鎖骨下静脈血栓の臨床診断でスニチニブ50 mgを開始するも全身状態悪化でday 20に死亡．剖検より肺・腓頭部転移とも胃癌と腎癌が混在，また多臓器にわたる微小転移，左鎖骨下静脈血栓および胸水はすべて胃癌由来であった．死因は胃癌の肺腫瘍血栓・血栓症からの急性呼吸不全であった．本症例は化学療法後の影響もあり，胸水細胞診から胃癌ではなく腎癌による癌性胸膜炎と診断された．細胞診が臨床経過に合致しない場合，免疫染色の追加や細胞診の再検が推奨される．

腎癌部分切除後に腎周囲脂肪織内晩期再発を認めた1例：福井智洋，山口俊成，水野 桂，武田将司，濱田彬弘，松本敬優，根来宏光，小林 恭，寺田直樹，杉野善雄，松井喜之，井上貴博，神波大己，吉村耕治，小川 修（京都大） 84歳，男性．2003年2.5 cm大の右腎癌（cT1aN0M0）に対し体腔鏡下腎部分切除術施行．病理結果は淡明細胞癌，pT1a，G1，v（-），断端陰性．以降再発なく経過していた．9年10カ月後CTで右腎周囲脂肪織内に腫瘍を認めた．遠隔転移なく外科的切除の方針とし，体腔鏡下後腹膜腫瘍摘除術施行．病理結果は，淡明細胞癌，G2>G3，断端陰性．腎癌の再発と診断した．自験例では，pT1a腎癌部分切除術後の局所再発は1.7%，晩期局所再発は1.1%に認めた．腎癌術後の晩期局所再発は稀ではあるが，pT1a腎癌においても留意が必要である．

腫瘍血栓を来したペリニ管癌の1例：岩本崇史，福井真二，中井靖，松本吉弘，影林頼明，三馬省二（県立奈良） 79歳，男性．肉眼的血尿と尿閉で近医を受診し，胸腹部CTで右腎上極に直径70 mm大の腫瘍と下大静脈の腫瘍血栓，転移を疑う両肺腫瘍を認め，加療目的に当科を受診した．精査の結果，腎細胞癌（cT3bN0M1，stage IV）と診断し，下大静脈フィルターを留置した上で経腹膜の根治的右腎摘除術を施行した．病理組織検査では，HE染色で腫瘍細胞は乳頭状および腺管状の増殖を示し，免疫染色ではPAX8陽性，p63陰性であったためペリニ管癌と診断した．術後1.5カ月で転移性脳腫瘍に対しγナイフを施行した後，GC療法を開始した．術後7カ月で5クール終了しSDである．ペリニ管癌は後腹膜や肺，骨に転移しやすく予後不良である．本症例はGC療法を5クール行い，現在のところ治療効果判定はSDだが，今後も慎重な経過観察が必要である．

腹腔鏡下腎部分切除術を施行した傍糸球体細胞腫（レニノーマ）の1例：伊藤克弘，上戸 賢，砂田拓郎，加藤敬司，植月祐次，川西博晃，奥村和弘（天理よろづ） 22歳，男性．学校検診で高血圧を指摘され近医受診．精査にてレニン高値，左腎腫瘍を認め当科紹介受診した．CTにて左腎上極に17 mmの腫瘤を認め，カプトプリル負荷試験でレニンの自律性分泌を認めたため，レニン産生腫瘍と診断．腹腔鏡下左腎部分切除術を施行した．病理組織では電子顕微鏡検査にて菱形のプロレニン顆粒を認め，傍糸球体細胞腫と診断した．術翌日より血圧，レニン活性ともに正常化し，現在まで再発を認めていない．傍糸球体細胞腫は稀ではあるが，手術により治療が可能であり，若年性高血圧の鑑別診断として重要であると考えられた．

結節性硬化症に伴う腎血管筋脂肪腫に対してエベロリムスを使用した2例：坂本茉莉子，原田健一，村蒔基次，石村武志，田中一志，三宅秀明，藤澤正人（神戸大） 症例1：19歳，女性．症例2：25歳，男性．共に結節性硬化症に伴う腎血管筋脂肪腫の症例．無症候性であるが，両腎に増大傾向を伴う多発腎血管筋脂肪腫（最大径：24 cm/9.2 cm）を認め，腫瘍を縮小させ出血，破裂のリスクを軽減させる目的にエベロリムス10 mgを導入した．投与開始3カ月後には腫瘍体積はbaselineに比して症例1：約45%，症例2：約60%に縮小，さらに6カ月後には症例1，2ともにbaselineの約40%にまで縮小を認め，良好な成績を得られた．また2例共に併存疾患である顔面血管線維腫の改善傾向も認める．副作用は症例1ではgrade 1口内炎，grade 1月経不順．症例2ではgrade 2口内炎と軽微なものを認めるのみであった．

腎摘除術を余儀なくされた小児腎外傷の1例：山下真平，井口孝司，小池宏幸，若宮崇人，射場昭典，吉川和朗，児玉芳季，松村永秀，根本康夫，原 勲（和歌山医大） 10歳，男児．腹部打撲による鈍的腎外傷．JAST分類IIIb型H1U1の診断で保存的治療を行ったが，尿溢流の増加により受傷10日に腎修復術を企図したrenal explorationを施行した．術中所見では，Gerota筋膜内に血腫，ユリノーマ形成，腎上極は完全に離断し，尿路は大きく開放していた．結果的に術中出血のため腎摘除術を余儀なくされたが，腎修復術も期待できる所見であった．尿溢流を伴う腎外傷は，一般的に保存的治療や尿ドレナージで治療可能であるとされているが，高度な尿溢流では腎修復術を企図して早期にrenal explorationを行うのも選択肢の1つであると考えた．治療法の選択においては，さらなる詳細な尿溢流の重症度分類が必要である．

類上皮型腎血管筋脂肪腫の1例：洪 陽子，氏家 剛，弓場 寛，松下 慎，王 聡，岡田宜之，任 幹夫，辻畑正雄（大阪労災），三輪秀明（同病理診断），三上修治（慶應義塾大病理診断） 68歳，男性。結節性硬化症の既往なし。排尿障害を主訴に近医受診した。超音波検査にて左水腎症を指摘され，精査のCTにて左腎盂腫瘍が疑われ当科紹介。初診時の超音波検査では左水腎症および左腎に高輝度腫瘍を認め，尿細胞診は陰性であった。造影CTにて，左腎に腎実質よりも弱く造影される腫瘍を認め，腎静脈腫瘍塞栓も伴っていた。左腎癌を疑い，経腹膜の根治的左腎摘除術を施行した。病理診断は類上皮型腎血管筋脂肪腫であった。悪性の臨床経過をたどることがあり，嚴重な経過観察が必要と考えられた。本症例では術後3カ月目の時点で再発・転移は認めていない。

尿管ステント留置を契機にS状結腸癌が腎盂・膀胱内に管腔内増殖した1例：金丸知寛，行松 直，山崎健史，井口太郎，玉田 聡，川嶋秀紀，仲谷達也（大阪市大） 症例は65歳，女性。58歳時にS状結腸癌にて結腸切除＋肝区域切除術施行。62歳時にリンパ節再発による左水腎症にて当科紹介。尿管ステントを留置し，以後ステントの定期交換を行っていたが1年半後に交換不可となり，左腎は萎縮しておりそのまま経過観察となった。その後，左腎盂から膀胱にかけて腫瘍性病変を認め，左腎尿管全摘＋TUR-Bt施行。病理結果はS状結腸癌の管腔内増殖で，腎盂尿管粘膜の広範囲に腫瘍を認めた。尿管ステントの交換を繰り返すことにより，狭窄部粘膜の機械的損傷が生じ，腔内に腫瘍が発育し管腔内増殖したと思われる。一部文献摘考察を含めて報告する。

腎盂に発生した炎症性偽腫瘍の1例：飯田孝太，伊丹祥隆，篠原雅岳，細川幸成，林 美樹（多根総合），藤本清秀（奈良医大） 症例は45歳，女性。無症候性肉眼的血尿を主訴に受診。CTで右腎結石，右腎実質から腎門部に突出する，造影剤で不均一に淡く濃染する腫瘍を認めた。腎盂尿細胞診はclass III。嚢胞型腎細胞癌，腎盂癌の可能性を考え，後腹膜鏡下右腎尿管全摘術施行。病理結果は腎盂より発生した炎症性偽腫瘍の診断であった。術後3年8カ月，再発転移は認めていない。炎症性偽腫瘍は，画像所見や尿細胞診での術前診断は困難であり，画像所見が非典型的であれば生検を考慮すべきである。

腎盂癌リンパ節転移に対し後腹膜リンパ節郭清，術後化学療法が奏功した1例：吉田 崇，井上貴昭，林 知行，西田晃久，川喜多繁誠，大口尚基，六車光英，室田卓之（関西医大滝井） 36歳，男性。2009年4月，肉眼的血尿で他院を受診。腹部CTにて右腎盂腫瘍を認め，組織生検でUC，low grade，pTa。2009年7月，cT1N0M0に対し右腎尿管全摘術を施行し，病理結果はUC，pT3，ly1。本人がadjuvant療法を希望せず，経過観察をしていたところ，2011年10月，腹部CTでリンパ節腫大を認め当院紹介受診。腹部CT・PET-CTで，13.5 mm大の大動脈一下大静脈間リンパ節腫大を認め，腎盂癌による再発リンパ節転移と診断。全身化学療法としてGC療法3コース施行するもSD。そこで，metastectomyとして後腹膜リンパ節郭清，また術後MVAC療法3コース施行。現在術後19カ月再発なく経過。

長い尿管狭窄に対して腹腔鏡下腎盂形成術を施行した1例：池田純一，山本哲平，滝澤奈恵，三島崇生，増田朋子，矢正正明，乾 秀和，地崎竜介，中川雅之，杉 素彦，木下秀文，松田公志（関西医大枚方） 35歳，男性。11年前に腎盂尿管移行部狭窄症に対して内視鏡的手術を他院にて3回施行。改善しないも未治療のまま経過。2012年11月に腰背部痛が出現し当院紹介受診。左水腎症，左腎尿管に多発結石を認めたため，経尿道的尿管碎石術を施行。尿管鏡にてピンホール大の尿管狭窄を確認。逆行性腎盂尿管造影にて腎盂尿管移行部と上部尿管に計3カ所，全長約5 cmの狭窄を認めた。腎盂形成術の適応と判断し，腎盂粘膜をflap状に形成して尿管と吻合する腹腔鏡下腎盂形成術（dissected flap法）を施行。術後尿管の再狭窄なく，腎機能の改善，水腎症の明らかな軽快を認めた。

TURBT後に発症した後天性血友病の1例：武長真保，穴井 智，井上剛志，溝沢真一郎，田中宣道，藤本清秀（奈良医大），矢田弘史，野上恵嗣，嶋 緑倫（同小児科），星野 永，田中晴之（同血液内科），中農 勇，辻本賀洋（高の原中央） 87歳，女性。2013年8月に無症候性肉眼的血尿で他院を受診。10月にTURBTを施行され，病理結果はUC，pTa，low gradeであった。術後血尿が遷延し，

APTT 85.9秒と延長を認めた。APTT 交差混合試験で凝固因子インヒビターの存在が疑われ，ステロイドによる免疫抑制治療が開始されるも止血困難のため当科へ転院。第Ⅷ凝固因子インヒビター高力価，第Ⅷ凝固因子活性低値を認め，後天性血友病Aと診断した。本症例では活性型第Ⅶ凝固因子製剤による止血療法が奏効した。APTT 延長・止血困難な膀胱癌についても後天性血友病を念頭に置くべきであり，迅速な診断と適切な止血モニタリング下に免疫抑制療法および止血療法を行うことが重要である。

開腹下嚢胞開窓術を施行した後腹膜漿液性嚢胞の1例：嶋谷公宏，鈴木 透，東郷容和，花咲 毅，長澤誠司，橋本貴彦，呉 秀賢，樋口喜英，兼松明弘，野島道生，山本新吾（兵庫医大），造住誠孝，廣田誠一（同病院病理） 47歳，女性。2013年4月に左下腹部痛の精査目的に当科紹介受診。造影CTで左総腸骨動脈，尿管に接する径7 cmの嚢胞状腫瘍を認めた。血清CEA，CA19-9，CA125は陰性であった。疼痛が強いためCTガイド下穿刺を2度施行し症状軽快した。嚢胞液腫瘍マーカー，細胞診はいずれも陰性であった。しかし，2カ月後に嚢胞再増大を認め，悪性の可能性も否定できないため手術施行。総腸骨動脈，尿管と接していたため開腹手術を予定し，術中嚢胞液の迅速細胞診，嚢胞壁の迅速組織診にて良性であることを確認し開窓術を施行した。病理組織診断は中皮嚢胞で悪性所見を認めなかった。術後6カ月を経過した現在再発を認めていない。

右精巣腫瘍との鑑別が困難であった交叉性精巣転位に発生した精巣腫瘍の1例：辻 恵介，納谷佳男，野村武史，莊子万可，大石正勝，藤原敦子，中村晃和，沖原宏治，三木恒治（京都府立医大） 42歳，男性。既往歴に右停留精巣に対する精巣固定術，不妊症に対する両側の精巣内精子採取術を認めた。右精巣腫大を主訴に当科受診。精巣エコーと精巣MRIにて右精巣腫瘍を疑い，同日準緊急手術で右高位精巣摘出術を施行するも右精索を同定できず。MRIを再評価したところ精索が左鼠径部に連続していたため，左鼠径切開を施行し左陰嚢内に腫瘍と正常精巣を認めた。腫瘍から連続して拡張した管腔構造と浮腫状の精巣上体を認めた。病理結果では精巣腫瘍はセミノーマ，拡張した管腔構造は子宮組織（ミューラー管遺残）であった。術後の転移検索目的のCTで右精巣静脈が左鼠径部に走行していた。以上よりミューラー管遺残に伴う交叉性精巣転位と最終診断した。

膀胱尿路上皮癌治療経過中に前立腺腺癌，前立腺小細胞癌を認めた1例：林 裕次郎，石津谷 祐，武田 健，山口唯一郎，中山雅志，新井康之，垣本健一，西村和郎（大阪成人病セ），高田 剛，菅尾英木（箕面市立） 73歳，男性。表在性膀胱癌に対して2回TURBTの既往あり。前立腺部尿道，膀胱内に多発する乳頭状腫瘍再発を認めTURBT施行，前立腺浸潤尿路上皮癌（UC，G3，pT4a）であった。腹部CTで骨盤内リンパ節転移を認めたためcT4aN2M0と診断し，GC療法を開始した。4サイクル施行しリンパ節転移の縮小を確認し，根治的膀胱全摘除術，回腸導管造設術，骨盤内リンパ節郭清術を施行。病理組織診断では前立腺腺癌，前立腺小細胞癌を認め，いずれの組織型のリンパ節転移も確認されたが，膀胱内，リンパ節を含めて尿路上皮癌成分は確認されなかった。免疫染色などを追加し以前のTUR標本を再検討すると，尿路上皮癌と考えられていた部分は神経内分泌染色陽性で小細胞癌であったと診断された。

前立腺癌小線源療法後に持続勃起症を来した1例：大島純平，藤田和利，惣田哲次，中井康友，木内 寛，高尾徹也，宮川 康，辻村晃，野々村祝夫（大阪大），岸本健太郎，大須賀慶悟（同放射線診断），鈴木 修（同放射線治療） 63歳，男性。主訴は持続勃起。前立腺癌，Gleason score 3+3=6，cT1N0M0に対し¹²⁵Iによる密封小線源小線源療法施行したところ22日後に持続勃起が出現した。海綿体内血液ガス分析で動脈血を認め，陰茎海綿体超音波ドップラーで拍動を伴う異常血流を認めた。造影CTで右海綿体脚部の早期濃染像を認め，小線源刺入時の陰茎動脈損傷による，非虚血性持続勃起症と診断した。経過観察中，疼痛悪化傾向を認めたため，右内陰部動脈末梢の造影剤の漏出部位に超選択的動脈塞栓術を施行した。持続勃起は消失し，術後9カ月の現在，再発を認めず経過している。

副腎癌を疑い切除した，後腹膜Schwannomaの1例：弓場 寛，洪 陽子，松下 慎，王 聡，岡田宜之，氏家 剛，任 幹夫，辻畑正雄（大阪労災） 76歳，女性。当院内科で慢性腎不全のフォロー中

に超音波検査, CT 検査で両側副腎腫瘍を指摘。副腎内分泌検査, 腫瘍マーカーともに異常値を認めず経過観察されていたが, 腫瘍の増大傾向を認めたため当科紹介となった。CT, MRI で右副腎に径6.5 cm の辺縁不整で内部不均一な分葉状腫瘍, 左副腎には径2 cm の腫瘍を認めた。FDG-PET では両側副腎に異常集積を認め, 両側副腎癌を疑い, 右副腎摘除術を施行した。病理組織学的検査では schwannoma と診断され, 以降経過観察となっているが左副腎腫瘍は増大傾向を認めず, 再発も認めていない。副腎領域に発生した schwannoma について, 若干の文献的考察を加えて報告する。

血尿・腰背部痛を契機に発見された後腹膜リンパ管腫の1例: 岡村太裕, 山崎健史, 前田 覚, 仁田有次郎, 金丸知寛, 田中智章, 川嶋秀紀, 仲谷達也 (大阪市大) 37歳, 男性。血尿・腰背部痛を主訴に受診。画像上, 軽度の水腎症, 腎周囲および左腰方形筋前面から骨盤腔にかけて嚢胞性病変を認め精査の結果, 後腹膜リンパ管腫と診断。血尿精査するも背部痛のみ持続するため腹腔鏡下後腹膜腫瘍摘出術施行。術後背部痛は消失した。病理診断は, 後腹膜リンパ管腫であった。後腹膜リンパ管腫は本邦では約150例の報告を認めるとされており, リンパ管腫のうち後腹膜発生は約1%未満, 後腹膜腫瘍のうち0.7%と稀な疾患である。後腹膜リンパ管腫は今回のように症状を有する事は稀で, 有症状時は外科的切除が望ましいとされている。自験例も術後臨床症状は消失し腫瘍再発も認めてない。

腎門部に発生した Solitary fibrous tumor の1例: 羽阪友宏, 上川 慎則, 平山幸良, 牧野哲也, 北本興市郎, 浅井利大, 石井啓一, 金卓, 坂本 亘, 杉本俊門 (大阪市医療セ) 45歳, 女性。健診でのエコー検査で右腎門部に6 cm 大の石灰化を伴う腫瘍を認め, 紹介受診。臨床症状なし。造影CTでは不均一に濃染し, MRI では T1WI iso, T2WI やや low/やや high の不均一な信号であった。術前診断では肉腫も疑われた。術中所見は周囲との癒着なく, 腎門部発生の後腹膜腫瘍であった。断面は黄褐色均一で出血や壊死はなく, 粗大な石灰化を伴っていた。病理所見は, 核異形乏しく, 粗密配列, 鹿角様血管, CD34 陽性から solitary fibrous tumor と診断した。断端陰性であり良好な経過をたどると考えられるが, 長期間に渡る follow up が必要である。

陰茎壊死に対して陰茎部分切除術を施行した2例: 吉田康幸, 鯉田容平, 野間雅倫, 小森和彦, 小野 豊, 中森 繁 (東大阪市立総合) 症例1: 43歳, 男性。2013年9月, 自慰目的にて輪ゴムで約半日陰茎を縛っていた。絞扼解除後も陰茎の腫脹が改善せず, 亀頭部の変色も認めたため受診。来院時包皮の浮腫著明であり, 背面切開術を施行したがその後亀頭部は黒色化。陰茎壊死と診断し3週間後に陰茎部分切除術を行った。術後経過良好である。症例2: 41歳, 男性。2013年8月より糖尿病性腎症に対する維持透析導入目的で内科入院中。入院時に陰茎先端の疼痛訴えあり当科紹介。亀頭包皮の診断で保存的加療を行うも, 包皮の壊死傾向を認めたため包皮環状切除術を施行。その後包皮断端および亀頭部の壊死を認め, 2週間後に陰茎部分切除術を行った。現在術後3カ月であるが, 壊死の再発は認めず経過良好である。

糖尿病患者に発生した前立腺および尿道海綿体膿瘍の1例: 岩西利親, 松崎恭介, 大草卓也, 谷口 歩, 中川勝弘, 薦原宏一, 谷川剛, 今村亮一, 山口誓司 (大阪急性期医療セ) 69歳, 男性。発熱, 肛門から会陰にかけての痛みを主訴に受診。CT で前立腺および尿道海綿体に膿瘍を認めた。排膿目的に, 経尿道的前立腺切除術, 会陰部切開排膿術を施行。一旦軽快を認めたが, 血糖コントロールが悪く尿道海綿体膿瘍の再発を認めた。切開排膿術を施行し, その後は再発を認めていない。泌尿器科領域における感染症は重篤化しやすく迅速な診断, 加療が必要である。海綿体膿瘍は陰茎切断に至ることも多く, ドレナージが必須とされ, 早期に適切なドレナージを行う必要がある。

陰茎および陰囊に発生した習慣性丹毒の1例: 山野志真, 原口貴裕, 村時基次, 石村武志, 三宅秀明, 田中一志, 藤澤正人 (神戸大), 福永 淳 (同皮膚), 宮崎治郎 (神戸救済会) 23歳, 男性。抗菌化学療法で速やかに軽快する発熱, 陰茎・陰囊腫脹を1カ月で3度反復し紹介。高熱と陰茎・陰囊の浮腫性腫脹, 圧痛あり。画像上骨盤内に腫瘍, 膿瘍など異常所見なし。血液検査上軽度の炎症反応上昇あり。

仮性包茎が原因の細菌感染を想定し抗菌化学療法開始。4日目に解熱, 外陰部所見も改善し14日目に退院。習慣性丹毒と診断。その後6カ月で再発。丹毒は真皮中心の感染症で下肢に最も多く, 陰茎への発生は稀。境界明瞭な有痛性浮腫性紅斑が特徴で, 原因菌はA群β溶連菌が大半。皮膚所見が診断に最も重要。治療は抗菌薬の10~14日間投与だが再発率も高く, 習慣性丹毒と呼ばれる。抗菌薬予防投与が有効との報告があるが再発率不変とする報告もあり, 明確な指針は存在しない。

腎盂尿路上皮癌と偶発微小腎細胞癌の同側同時発生の1例: 湊 のり子, 高田 剛, 古賀 実, 菅尾英木 (箕面市立), 中道伊津子 (同病理) 79歳, 女性。無症候性肉眼的血尿を主訴とし近医受診しエコーにて左腎盂腫瘍を認められ紹介受診。左腎盂癌 cT2 以下 NOMO と診断し, 後腹膜鏡下左腎尿管全摘術を施行した。病理組織診断は non-invasive papillary urothelial carcinoma, pTa, high grade であった。さらに, 肉眼的には認識されなかったが左腎上極の切り出し切片内に1.5×0.5 mm の微小な clear cell carcinoma, pT1a, G1 が顕微鏡的に確認された。腎盂癌と腎細胞癌の同側同時発生については本邦で自験例が36例目の報告となる。

腎結石に併発した腎盂扁平上皮癌の1例: 山中庸平, 金城孝則, 片山欽三, 林 拓自, 嘉元章人, 森 直樹, 吉岡俊昭, 板谷宏彬 (住友), 藤田茂樹 (同病理) 症例は65歳, 女性。既往に milk of calcium 結石を認めた。2013年5月, 7月に発熱, 右腰背部痛を認め腎盂腎炎の診断で抗生剤加療し改善。CT にて腎門部リンパ節が腫大しており, 経過中徐々に拡大傾向であったため精査目的に9月に入院した。造影CT で右腎腫瘍を認め, SCC の上昇を認めたため, CT ガイド下針生検行い squamous cell carcinoma と診断し右腎尿管摘出術を施行した。病理結果は urothelial carcinoma with squamous differentiation であった。その後放射線併用化学療法 (5-FU + CDDP) 1コース行い PR であり, SCC の低下も認めた。今回 milk of calcium 結石に併発した腎盂扁平上皮癌の1例を経験したため, 若干の文献的考察を加えて報告した。

腎癌と鑑別が困難であった黄色肉芽腫性腎盂腎炎の1例: 堀 俊太, 大山信雄, 豊島優多, 高田 聡, 藤本 健, 百瀬 均 (星ヶ丘厚生年金), 森澤洋介 (大和高田市立) 57歳, 男性。発熱, 右下肢痺れを自覚し前医受診。発熱持続, 炎症反応高値, 肺多発結節影指摘され肺炎疑いで当院内科受診。全身CT で左腎腫瘍, 腎門部および傍大動脈周囲リンパ節腫大, 肺多発結節影, 左前頭葉結節影を指摘され当科受診。気管支内視鏡検査, 経皮的腎針生検でも診断に至らず。遠隔転移を伴う腎悪性腫瘍を否定できず左腎摘出, 左腎門部および傍大動脈周囲リンパ節切除を施行。病理診断で黄色肉芽腫性腎盂腎炎と診断した。その後肺多発結節影は消失または瘢痕化し, 臨床経過と合わせて敗血症性肺塞栓症と考えられた。左前頭葉結節も著明に縮小しているが, 消失はしておらず, 現在も慎重にフォローアップ中である。

後腹膜鏡下半腎切除術を施行した尿管瘤を伴う左完全重複腎尿管の1例: 原田二郎, 高安健太, 河 源 (済生会野江), 三島崇生 (関西医科大学) 53歳, 女性。5年前より反復する有熱性尿路感染症を認め当科受診。造影CT にて両側完全重複腎尿管を認めた。左上半腎実質の菲薄化, 尿路の拡張および所属尿管遠位端に尿管瘤を認めた。VCG では VUR 認めず, 膀胱鏡検査では左上半腎由来の尿管口異常所見認めず。左上半腎由来の尿管は膀胱頸部近傍で尿管瘤を形成し尿管口は同定出来なかった。左上半腎部分が有熱性尿路感染の原因と考えられ, 経尿道的尿管瘤切開と共に, 後腹膜鏡下半腎切除術を施行した。左上半腎所属の尿管は交叉部にて切断し遠位側の尿管は摘除しなかった。術後膀胱部分の尿管瘤による拡張は消失し有意な有熱性尿路感染は認めず1年6カ月経過している。

尿管癌と鑑別困難であった炎症性偽腫瘍の1例: 長富俊孝, 板東由加里, 山野 潤, 山尾 裕, 中村一郎 (神戸市西市民) 73歳, 男性。腰背部痛にて近医整形外科を受診。CT にて右尿管腫瘍および右水腎症を指摘され当科紹介となった。血液・生化学検査にて特記すべき異常を認めず, 検尿上血膿尿を認めなかった。RP にて右尿管に2カ所陰影欠損を認め, 造影CT にて同部位の尿管にそれぞれ充実性陰影を認めた。右腎盂尿細胞診は class III。浸潤性尿管癌と診断し, 開腹下に右腎尿管全摘術を施行。病理結果では悪性所見を認めず炎症

性偽腫瘍, IgG4 関連疾患の病理診断であった。術後10カ月再発を認めていない。IgG4 関連疾患は主に本邦より重要な報告がなされ、治療はステロイドに良く反応するとされる。本邦では文献上10例の報告があり6例に尿管管全摘術、4例に尿管部分切除術が施行されている。術前精査にて典型的な悪性所見を欠く場合などは、本疾患の存在も念頭に置くべきと思われる。

尿管異所開口の1例: 清末晶子, 三浦徹也, 酒井伊織, 結縁敬治, 山下真寿男(神鋼), 松村 勝(まつむら泌尿器科) 20歳, 女性。幼小児期より尿失禁が持続していたが原因不明であった。尿失禁は尿意・腹圧とは無関係でdry interval なく1日4回パットをかえていた。膀胱炎で近医受診した際の超音波・造影CT検査にて右腎の萎縮を認めた。造影CTと臨床経過より尿管異所開口であると診断。右腎の萎縮が著明であり後腹膜鏡下右腎摘除術を施行した。若年女性であり、3ポートで手術を施行し、また形成外科医師に皮下縫合を依頼するなど美容面にも配慮した。術直後より尿失禁は消失した。本症例のように成人になって診断、加療される症例が散見され、若年女性が尿失禁を訴える際は尿管異所開口を念頭におく必要があると考えられた。

膀胱原発のリンパ上皮腫様癌(Lymphoepithelioma-like carcinoma)の1例: 藤野智大, 久保田聖史, 西山隆一, 寒野 徹, 岡田崇, 東 義人, 山田 仁(武田総合) 73歳, 男性。血尿, 排尿時痛を主訴に受診。膀胱鏡で膀胱頂部に広基性非乳頭状腫瘍を認めたためTURBT 施行した。病理検査からリンパ上皮腫様癌の純粋型と診断した。PET で遠隔転移を認め根治的切除は困難と判断し、化学療法選択したが効果乏しく予後不良であった。リンパ上皮腫様癌とは、咽頭のリンパ上皮腫に組織型が類似し、子宮, 肺, 胃, 皮膚などに発生したものとされる。全膀胱腫瘍の0.4~1.3%を占め、純粋型は比較的前後良好とされる。2011年の腎盂・尿管・膀胱癌取り扱い規約で組織分類の特殊型の1つにリンパ上皮腫様型が新たに加わっているがわが国ではわれわれが調べた限り3例報告されているのみである。純粋型で診断時に遠隔転移を認めた報告はなく、遠隔転移を有する場合は従来の尿路上皮癌と同様に予後不良である可能性がある。

膀胱原発悪性リンパ腫の1例: 菊池 堯, 畑中祐二, 今西正昭(富田林) 75歳, 女性。2011年3月全身倦怠感, 食思不振を主訴に近医受診し顕微鏡的血尿を指摘された。精査目的のCT, 腹部エコーにて膀胱壁の肥厚を認めたため当科紹介となった。MRIにて膀胱壁に全周性の肥厚および腸骨リンパ節腫脹を認めた。2011年4月経尿道的膀胱生検および経皮的膀胱生検を施行。病理組織はHE染色で大型の腫瘍細胞がびまん性に増殖しており, CD20 陽性, CD3 陰性であり、膀胱原発のびまん性大細胞型B細胞性リンパ腫と診断された。sIL-2R 測定にて5,700と異常高値を認めた。2011年3月よりCHOP療法を開始するも腸閉塞, 発熱性好中球減少症を併発したため、リツキサン単独投与を8コース施行。化学療法終了後、現在まで完全寛解を維持している。

経尿道的に核出した膀胱粘膜下腫瘍の1例: 佐野太一, 九嶋麻優美(蘇生会総合), 影山 進, 河内明宏(滋賀医大) 48歳, 女性。健診の腹部超音波検査で膀胱腫瘍を指摘され受診。膀胱鏡およびMRIで膀胱頸部から右側壁にかけて40×35mmの膀胱内突出型粘膜下腫瘍を認めた。MRIでは平滑筋腫または平滑筋肉腫が疑われた。診断確定目的に経尿道的生検を行ったところ、病理組織診断は平滑筋腫であった。2013年9月、経尿道的腫瘍核出術を施行。経尿道的前立腺核出術(TUEB)の手技を応用し腫瘍を筋層から剥離し遊離した。術中合併症はなく、比較的容易に核出が可能であった。遊離された腫瘍はループ電極で細切し摘出した。術後3カ月の時点で再発を認めていない。調べた限り、膀胱平滑筋腫に対してTUEBを応用した報告はなかった。本術式は低侵襲であり膀胱粘膜下腫瘍に対しても有効と考えられた。

膀胱小細胞癌の3例: 曲淵敏博, 熱田 雄, 高尾典恭, 白波瀬敏明, 瀧 洋二, 竹内秀雄(公立豊岡) 症例1は92歳, 女性。2013年4月に肉眼的血尿を主訴に当科受診した。症例2は83歳, 男性。2009年1月に尿潜血の精査目的で当科受診した。症例3は70歳, 男性。2008年12月に肉眼的血尿を主訴に受診した。いずれの症例も膀胱鏡にて非乳頭状腫瘍を認めTURBTを施行した。3例とも病理組織検査より膀胱小細胞癌であり, pT2N0M0であった。症例1は高齢のため

2度のTURBT 施行後、経過観察中、その後再発なく経過している。症例2は膀胱全摘+回腸導管増設術を施行後、EP療法を4コース施行したが手術の7カ月後に死亡した。症例3は膀胱全摘+回腸導管増設術を施行後、EP療法を2コース施行し、現在再発なく経過している。

前立腺癌内分泌療法中に発症したUrothelial carcinoma with trophoblastic differentiationの1例: 熱田 雄, 曲淵敏博, 高尾典恭, 白波瀬敏明, 瀧 洋二, 竹内秀雄(公立豊岡) 71歳, 男性。他院にて前立腺癌 stage D2, CAB療法中、肉眼的血尿が出現した。膀胱腫瘍を指摘され当科紹介、TURBTを施行した。病理結果はurothelial carcinoma with trophoblastic differentiation, pT2 以上であった。背景にstage D2の前立腺癌であることと術後 β -hCGが<0.1ng/mlと正常値を示したことから、治療方針として膀胱全摘ではなく、まずは2nd TURBTを施行することとした。2nd TURBTの病理標本では残存腫瘍を認めなかった。以後、定期的な膀胱鏡検査、血清 β -hCGにて経過観察を行っているが、術後1年9カ月経過した現在も再発を疑わせる所見を認めておらず、本症例ではTURBTのみにより完全切除できたと考えられた。組織学的に悪性度の高い膀胱癌をみた際には β -hCGの検索も念頭におくべきだと考えられる。

新膀胱自然破裂の1例: 板東由加里, 長富俊孝, 山野 潤, 山尾裕, 中村一郎(神戸医セ西市民) 66歳, 男性。膀胱癌 cT2N0M0の診断で2012年12月膀胱全摘術+回腸利用新膀胱造設術施行。退院後の自排尿は良好であったが、2013年6月腹痛にて救急受診。CTにて腹水指摘されるも新膀胱の異常は認められなかった。急性腹症の診断で緊急手術施行し、新膀胱前面にピンホール状の穿孔を認め修復術を施行。新膀胱自然破裂と診断した。膀胱癌症例における膀胱全摘術+新膀胱造設術後の新膀胱自然破裂は調べた限り25件の文献報告を認める。術前診断されなかった症例が半数以上を占めており新膀胱を有する症例の急性腹症では鑑別に挙げることが重要である。原因は術後排尿管理不良による新膀胱過伸展が大半を占めており、尿路変向術式の選択や患者指導には注意が必要である。

新生児精巣捻転の1例: 中村雄一, 内藤泰行, 金子正大, 安食淳, 山田恭弘, 上田 崇, 本郷文弥, 鴨井和実, 沖原宏治, 三木恒治(京都府立医大) 日齢11日, 男児。日齢6日に左陰囊腫脹を指摘され、日齢11日に精巣腫瘍疑いにて当科を受診。陰囊超音波断層法で左精巣は腫大し、内部はモザイクパターン、カラードップラー法で内部に血流認めず、造影MRI所見では左精巣内部は不均一で造影効果を認めなかった。左精巣捻転と判断し緊急手術を施行。左精巣は暗赤色で硬く癒痕化、血流回復なく温存不可能と考え摘出、対側精巣に固定術を施行して終了した。病理組織学的検査ではtotal necrosisであり捻転後の壊死と判断した。新生児精巣捻転の診断には超音波や造影MRIが有用である。捻転解除術による精巣救済率は9%と低値ではあるが、わずかでも救済が期待できるのであれば、緊急対応と対側の固定術を施行することが望ましいと考える。

腹腔内停留精巣腫瘍の1例: 井口孝司, 小池宏幸, 若宮崇人, 山下真平, 吉川和朗, 児玉芳季, 松村永秀, 柑本康夫, 原 勲(和歌山医大) 55歳, 男性。発熱, 下腹部痛を主訴に近医を受診。腹部エコーで骨盤腔に15cm大の腫瘍を認め、当科紹介。精巣腫瘍マーカーの上昇、左陰囊内容の欠如、CTで左鼠径管内の血管構造の欠如より腹腔内停留精巣腫瘍と診断。遠隔転移はなかったが、MRIで膀胱浸潤が疑われたため、まずCTガイド下生検を施行。病理結果はセミノーマであった。術前BEP療法を行い、腫瘍を縮小させた上で摘出術を施行し、膀胱を温存した。術後補助療法は追加せず5カ月経過しているが、再発・転移を認めていない。腹腔内停留精巣腫瘍は症状出現まで時間がかり発見が遅れるため、巨大化や転移を来たしやすい傾向がある。自験例のように腫瘍サイズが大きく、隣接臓器浸潤を認める場合は、術前化学療法を行うことで、拡大切除を回避できる可能性が示唆された。

BEP療法中に心筋梗塞を発症した精巣セミノーマの1例: 多賀英一, 井上裕太, 福井彩子, 竹内一郎, 福垣哲典, 中ノ内恒如, 三神一哉(京都第一赤十字) 51歳, 男性。元来閉経で引きこもり状態。2011年頃より右陰囊の無痛性腫大を自覚。2013年当科初診。CTにて陰嚢内に充実性腫瘤を認め、LDHと β HCGの上昇を認めた。高位精

巣摘出術にてセミノーマ stage IIB と診断し BEP 療法を開始した。悪心が強く著明な脱水を来とし、第1コース8日目に2枝同時閉塞の心筋梗塞を発症した。PCI 施行し救命し、以後補液を強化し抗凝固療法を行うことで大きな合併症なく BEP 療法4コースを完遂した。精巣腫瘍の化学療法中は心筋梗塞や血栓塞栓症のリスクとなりうる可能性が指摘されており、cisplatin や bleomycin は血管内皮細胞障害を来しうる。本症例では上記のリスクに加えて、著明な脱水が加わることで、冠動脈に2枝同時閉塞を引き起こしたと考えられた。

下大静脈腫瘍塞栓で再発を認めた精巣腫瘍の1例：谷口 歩，谷川剛，大草卓也，岩西利親，松崎恭介，中川勝弘，薦原周一，今村亮一，山口誓司（大阪急性期医療セ），島津宏樹，伏見博彰（同病理）44歳，男性。2009年1月に右精巣腫瘍に対する高位精巣摘除術を施行。組織型は胎児性腫瘍・卵黄嚢腫・セミノーマ・奇形腫の混合性胚細胞腫瘍であった。術後6カ月に腫瘍マーカーの上昇を認め、CTで後腹膜リンパ節転移・下大静脈腫瘍塞栓・肺転移を指摘された。BEP療法4kurを施行し、腫瘍の著明な縮小と腫瘍マーカーの陰性化を認めたのちに、後腹膜リンパ節廓清術，下大静脈腫瘍塞栓摘除術を施行。摘除標本には腫瘍細胞の残存を認めなかった。追加治療は施行せず4年1カ月経過しているが、再発の兆候を認めていない。

胃癌精索転移の1例：松村直紀，杉本公一，能勢和宏，西岡 伯（近大堺），辻 直子（同消化器内科），落合 健，前倉俊治（同病理診断科）66歳，男性。2013年1月より左精索腫大を認め当院受診。CT上左精索腫瘍と左鼠径リンパ節腫大を認め、左高位精巣摘出術＋左鼠径リンパ節郭清術施行。病理組織結果は低分化腺癌，免疫染色はCK7＋/CK20－，CEA（＋＋），PSA（－）であった。PET-CT，GIFにて胃癌精索転移と診断。転移経路として多臓器転移や多発リンパ節を認めたため、動脈性の血行性転移と逆行性リンパ行性転移を考えた。術後1カ月目よりTS-1単独療法施行も、術後4カ月目で死亡となった。胃癌精索転移の本邦報告例は、自験例を含め44例であった。

下行結腸癌術後7年目に孤立性尿道再発を来した1例：北 和晃，武山祐士，松村健太郎，呉 緯俊，大町哲史（ベルランド総合），吉村道子（同病理診断）71歳，女性。2006年に下行結腸癌に対してハルトマン手術施行。術後経過観察中7年目にCEA上昇を認めた。諸検査にて骨盤内腫瘍認め、子宮癌が疑われたが、婦人科的には異常なく、その後尿道腫瘍が疑われ当科紹介となった。造影CT，MRIにて尿道に直径33mm大の腫瘍を認めた。診断確定のため腰椎麻酔下に経会陰的尿道腫瘍針生検施行。病理結果は下行結腸癌に類似した腺癌であった。その他の臓器に転移認めないため、膀胱尿道全摘，回腸導管造設術施行した。病理結果は免疫染色などより下行結腸癌から尿道へ転移した腺癌と診断した。文献上、大腸癌尿道転移は非常に稀であり、特に5年日以降の再発は本邦では初めてであった。