
学会抄録

第148回 日本泌尿器科学会関西地方会

(1994年9月3日(土), 於 宝塚ベガホール)

副腎骨髓脂肪腫の1例: 宮永武章, 藤末 洋, 井原英有, 島 博基, 生駒文彦(兵庫医大) 症例は52歳女性。糖尿病, 高血圧の既往があり, 理学的所見にて軽度の肥満を認める。現病歴は, 約1年前より左側腹部痛を自覚するも放置していた。本年5月30日糖尿病による全身倦怠感, 意識消失発作にて当院内科入院。腹部超音波検査, CTにて左副腎腫瘍を疑われ当科受診。ホルモン検査にて異常を認めず。CTにて左副腎部に一致して直径10cm大の境界明瞭な腫瘤を認め内部に脂肪を示唆する low density area と isodensity area の混在した腫瘍を認めた。副腎シンチグラムにて異常を認めず, 血管造影にては腫瘍は avascular tumor であった。以上の所見より左副腎骨髓脂肪腫を疑ったが腫瘍径が大きいことより, 6月6日, 左副腎摘除術を施行した。腫瘍は 11.0×7.5×7.0 cm, 重さは 178 g であった。今回われわれは本症本邦155報告例について文献的に考察した。

Adrenal myelolipoma を合併した褐色細胞腫の1例: 浦野俊一, 落合 厚, 三神一哉, 細井信吾, 浮村 理, 河内明宏, 中川修一, 小島宗門, 渡邊 決(京府医大) 症例は39歳女性。人間ドックの腹部超音波検査にて右副腎部腫瘤を指摘され来院した。4年前より時々, 頭痛。気分不快を自覚することがあったという。高血圧はなかった。内分泌学的検査では血中および尿中カテコールアミンが高値を示し, 発作型褐色細胞腫が疑われた。画像診断では右副腎上部に2つの腫瘤が存在し, それぞれ褐色細胞腫, 骨髓脂肪腫と診断した。右副腎摘除術を施行した。病理組織学的には褐色細胞腫, 骨髓脂肪腫であった。副腎皮質腫瘍と骨髓脂肪腫との合併はこれまでに15例の報告があったが, 副腎髓質腫瘍との合併例は, 私たちが調べた範囲内では本症例が最初のものであると考えられた。

多発性内分泌腫瘍症Ⅱ型の1例: 増田安政, 植村天受, 柏井浩希, 吉田克法, 平尾佳彦(奈良医大), 佐々

木憲二(榛原総合), 岡本新悟, 中谷敏也(同第3内科), 山中敏彰(同耳鼻科) 症例は53歳男性で1993年12月, 不整脈を主訴に精査した結果, 両側副腎腫瘍および甲状腺腫瘍を認め, 内分泌学的検査にて尿中, 血中カテコラミン, 血中カルシトニン, CEA の異常高値を認めた。¹³¹I-MIBG シンチでは両側副腎腫瘍と甲状腺腫瘍の合併すなわち MEN-type IIa と診断した。1994年4月28日, 甲状腺全摘出術を施行し, 続いて, 同年5月, 両側副腎摘出術を施行した。術後経過良好で術前に高値を示した血中, 尿中カテコラミン, カルシトニン, CEA は正常化した。本邦報告例の血圧型と尿中カテコールアミン値の関係について若干の文献的考察をした。

副腎海綿状血管腫の2例: 高寺博史, 西村健作, 三浦秀信, 安永 豊, 藤岡秀樹(大阪警察), 辻本正彦(同病理) 症例1: 73歳男性。上腹部精査のCTで多発石灰化を伴う右副腎腫瘍(3×2 cm)が偶然見つかった。10年前肺腺癌の既往がある。内分泌検査上異常はなかった。経腰式後腹膜の到達法による右副腎摘除を行った。摘出腫瘍は 10.5 g で, 海綿状血管腫であった。症例2: 59歳男性。右腎結石精査のCTで左副腎腫瘍(φ7 cm)が偶然発見された。内分泌検査上異常はなく, 腫瘍の石灰化は認めなかった。経腰式後腹膜の左副腎摘除を施行し, 摘出腫瘍は重さ 165 g の海綿状血管腫であった。われわれの症例を含め本邦では35例の副腎血管腫の報告があり, その80%は海綿状血管腫である。石灰化が10例報告されており特徴とされているが, 画像診断の決め手には乏しく, 結局は手術適応の腫瘍となる。

術前, 副腎腫瘍が疑われた胃底部平滑筋腫の1例: 高田 剛, 北村雅哉, 清原久和(大阪中央), 板倉文夫(同外科), 堀 信一(大阪大放射線科) 症例は67歳男性。主訴は左後腹膜腫瘤精査。平成5年9月, 検診時腹部超音波検査にて左後腹膜腫瘤を指摘され, 当科紹介。同年12月15日, 精査加療目的にて当科入院

となる。精査の結果、術前、ホルモン非活性左副腎腫瘍と診断したが、選択的腹部動脈造影にて、腫瘍栄養血管が、左下横隔動脈であるか左胃動脈であるかその同定に難渋した。平成6年1月11日、経胸腹式到達法にて手術を施行したところ、腫瘍は腹腔内胃体上部後壁大彎側より有茎性に発育していた。腫瘍は7×7×7 cm、重量200 g、表面不整で暗赤色。剖面は中心部暗赤色充実性で周辺部に出血を伴う壊死組織を認めた。病理診断は胃底部平滑筋腫であった。若干の考察を加え報告した。

腰部転移を伴う後腹膜未分化肉腫の1例：高山仁志、東田 章、小林義幸、藤本宣正、中森 繁、伊藤喜一郎、佐川史郎（大阪府立） 症例は60歳男性。1993年4月頃より右腰部腫瘍を触知していたが放置。同年7月末微熱が続き近医受診。CT、MRI、Echoにて右後腹膜にも腫瘍を認め当科紹介受診。腰部腫瘍生検で腰部転移を伴う後腹膜未分化肉腫と診断。CDDP-ifosfamide-ACTD 療法を2コース施行したが、CTにて後腹膜腫瘍の増大を認めた。1994年2月1日に肝部分切除術を含めた腫瘍切除のため開腹したが腫瘍は肝と腎に浸潤しており摘除不可能と判断し腰部の腫瘍のみ摘除した。その際採取した後腹膜腫瘍の組織は腰部のものと同様であった。その後徐々に全身状態が悪化し5月8日死亡した。後腹膜肉腫は化学療法がほとんど無効であり、画像診断にて切除可能と診断したならただちに手術にて肉腫を摘除し、その後 adjuvant として放射線療法や化学療法などを施行するべきである。

下腹部膨隆を主訴とした後腹膜腫瘍の1例：竹山政美、本城 充、石川泰章、梅川 徹、近藤雅彦、岸本知己（市立堺） 54歳男性。主訴、下腹部膨隆。1992年2月頃、下腹部の腫瘍に気付くが放置。腫瘍が次第に増大してきたため、近医受診、CTにて下腹部に嚢胞状腫瘍を認めたため当科に紹介となる。下腹部は正中に小児頭大、表面平滑、弾性硬の腫瘍を触知したが、圧痛は認めず。CT、MRIなど画像診断では質的診断に至らなかったが、尿管腫瘍の疑いにて手術を施行した。腫瘍は後腹膜腔にあり仙骨前面に癒着していたが全摘除可能であった。腫瘍の大きさは12×9×9 cmで線維性被膜に覆われ、内に充実性の部分、陳旧化した凝血塊および血性液を認めた。病理組織学的には海綿状血管腫であった。自験例は後腹膜海綿状血管腫の本邦26例目にあたる。

腎不全を契機に発見された骨盤部巨大神経鞘腫の1例：後藤隆康、三木健史、月川 真、辻村 晃、菅尾英木、高羽 津（国立大阪）、竹田雅司、倉田明彦（同病理） 症例は50歳男性。顔面、足背浮腫と全身倦怠感があり、近医にて腎不全を指摘され入院し、両側巨大水腎症と骨盤部腫瘍を認められ経皮的腎瘻造設されたが、腎不全は改善せず当科転入となる。入院直後より血液透析を開始。CT、MRIで骨盤部に内部不均一な小児頭大の腫瘍を認め、一部に仙骨への浸潤を疑わせる所見があった。血管造影にて左内腸骨動脈より腫瘍栄養血管を認めたため、CDDP 100 mg、THP-ADM 40 mg、リビオドール 20 mlを注入した。1ヵ月後、腫瘍がやや縮小したため摘除術を施行。腫瘍は16×13×10 cm、1,110 g、剖面は黄白色で、病理学的には Antoni A+B の神経鞘腫であった。術後、腫瘍の再発、残存はなく、上部尿路通過障害は改善され1日1,000 mlの自尿が見られるが、総腎機能は回復せず血液透析を継続中である。

特発性後腹膜線維症の1例：峠 弘、小川隆敏、藤永卓治（和歌山労災） 症例は54歳女性。検診で肝機能異常を指摘され当院消化器内科を受診。腹部エコーで右水腎症を指摘され当科紹介となった。入院時に赤沈の亢進、 γ -GTP、CRP、 γ -gl の上昇が認められたが、腫瘍マーカーおよび尿細胞診は陰性であった。DIP では右水腎症が認められ、RP では右下部尿管の外因性狭窄がみられた。CTでは膀胱右側後方の腫瘍に右尿管が埋没し、MRIでは腫瘍はT₁、T₂強調画像ともに低信号を呈していた。右下部尿管に腫瘍が局限していることより悪性腫瘍を否定できず手術を行った。術中病理診断で悪性所見がないことより尿管を含めて腫瘍を摘除した後、尿管膀胱新吻合術を行った。組織学的には硝子化した線維性組織とリンパ球浸潤を認め特発性後腹膜線維症と診断した。

ドックにて発見された結核性後腹膜腫瘍の1例：坪庭直樹、辻畑正雄、三宅 修、伊東 博、板谷宏彬（住友） 症例は33歳男性。人間ドックにて後腹膜腔内に腫瘍を指摘され当科受診。画像診断にて腸腰筋内に膿瘍を認め、超音波ガイド下にカテーテルを留置、ドレナージを施行した。穿刺液より polymerase chain reaction (PCR) 法により、*Mycobacterium tuberculosis* のDNAが検出されたため、SMによる嚢胞内の洗浄ならびにINH、RFPの内服を開始した。胸部CT施行、胸椎の破壊ならびにその後方に膿瘍形成が認められ、以上より胸椎カリエスによる

冷膿瘍が腸腰筋内に流注し結核性後腹膜膿瘍となったと判断された。その後、他院整形外科に転科し第8, 9, 10胸椎の病巣郭清術ならびに前方固定術を施行され、経過観察中である。

糖尿病患者に併発した腸腰筋膿瘍の1例：古倉浩次、吉田隆夫（高槻） 症例は53歳男性。他院内科で糖尿病を指摘されるも放置。左腰痛出現し、CT検査で左腎腫瘍を疑われ当科入院となった。WBC 12,700/mm³, CRP 13.5 mg/dl と炎症反応および FBS 384 mg/dl, フルクトサミン 313 μmol/l, Hb-A_{1c} 10.3% と高血糖が認められた。上腹部 CT では左腎下極下に、巨大な腫瘍を認めた。腫瘍内部は一部実質部を有しているが、おもに cystic であった。入院後3日目に、超音波下に膿瘍穿刺を行った。内容液は灰白色の膿汁で 330 cc であった。膿培養では *Streptococcus agalactiae* が検出された。抗生剤、および高カロリー輸液を行うも、糖尿病のコントロールが不良で、全身状態も悪化してきたため開放的ドレナージを行った。手術後、強力な抗生剤の投与と血糖値のコントロールにより炎症反応の改善がえられた。糖尿病を合併した腸腰筋膿瘍の報告は本例で11例目にあたる。

腹腔鏡下副腎摘除術後に生じた後腹膜乳糜水腫の1例：伊藤将彰、小川 修、寺地敏郎、寺井章人、筑善行、吉田 修（京都大） 症例は57歳男性。腎機能障害の精査中 CT にて偶然径 2 cm の左副腎腫瘍を指摘された。内分泌非活性副腎腫瘍と診断され、1994年3月18日、腹腔鏡下副腎摘除術を施行した。術後、発熱と左上腹部不快感が続き、CT、エコーにて径 7 cm の嚢胞性病変を後腹膜腔に認め、穿刺ドレナージを行ったところ乳白色の穿刺液を約 120 ml 吸引した。肉眼的、顕微鏡的所見より乳糜と診断し、副腎に到達するために下行結腸を内側に牽引した際に腸管からの乳糜の吸収経路である腸リンパ本幹の一部を損傷したことにより生じたと考えられた。外科的手術後に生じる乳糜の合併症は比較的稀で、特に腹腔鏡下手術の後に乳糜水腫を合併した症例は本例が第1例目であると思われる。

肉眼的血尿を契機として発見された盲腸周囲膿瘍の1例：相馬隆人、山本新吾、畑山 忠、森 啓高（野江）、村田匡好（同産婦人科）、横田 俊（同外科）、沢田真治（北野臨床病理部） 症例は21歳女性。肉眼的血尿を主訴として当科受診。膿尿も認めたため抗生剤を投与したが軽快せず、膀胱鏡にて後壁に浮腫を

認めた。MRI, CT で子宮と膀胱に挟まれた腫瘍が存在したため手術を施行した。手術所見より盲腸周囲膿瘍によるものと考えられた。腹痛を伴わず肉眼的血尿、膿尿が虫垂炎を背景として出現するときがあり、原因不明の尿路感染症の原因として注意が必要であると考えられた。

腎 Bellini 管癌の1例：中野 康、田中宏和、松本 修（県立加古川）、藤原 武（同病理）、後藤章暢（神戸大） 症例は76歳男性。胃癌術後の経過観察中、腹部エコーおよび CT にて右腎腫瘍を指摘され当科受診。腎動脈造影の結果、hypovascular な右腎腫瘍と診断し右腎摘除術施行。腫瘍は右腎下極に存在し、大きさは55×50×50 mm、断面は大部分が壊死巣で周囲に黄白色部分をわずかに認めた。病理組織学的には、集合管上皮様の腫瘍細胞が乳頭状に増殖を示した。さらに免疫組織化学的検索にて近位尿細管マーカー（LTA）や遠位尿細管系マーカー（PNA, DBA, SBA, CK19）に陽性を示したため Bellini 管癌と診断した。術後5カ月を経た現在、再発の徴候を認めず外来経過観察中である。Bellini 管癌は腎髓質集合管由来と考えられ一般に予後は不良とされている。免疫組織化学的手法の進歩に伴い、今後その診断や特性が明確になってくると考えられる。

腎細胞癌自然破裂の1例：丸山琢雄、滝内秀和、鹿子木基二（西宮市立中央）、相川隆夫（同外科） 症例は67歳女性。1994年4月8日肉眼的血尿を認め、翌日午後より嘔吐、腹痛が出現しショック状態で夜間救急外来受診。腹部は著明に膨満し、右側に弾性硬で圧痛のある腫瘤を触知、肉眼的血尿を認めた。受診前に特に外傷の既往はなく、腹部 CT にて右腹部に巨大な腫瘤陰影を認めた。右腎破裂による出血性ショックを疑い緊急手術を施行し、右腎を含めた凝血塊(1,400 g)を摘出した。摘出腎の下極に正常腎が存在するのみで、他は腫瘍組織で占められ、腫瘍の中心部が被膜外に破裂し、血腫を形成していた。病理診断は、腎細胞癌 alveolar type, common type の granular cell subtype, Grade 1, pT3a であった。非外傷性腎破裂の原疾患としての腎癌は決して頻度の低いものではなく、十分考慮すべきと思われる。本邦15例目と考えられる腎細胞癌の自然破裂例を報告し、文献的考察を加えた。

診断に苦慮した腎細胞癌の1例：善本哲朗、田口恵造（市立川西）、井原英有（兵庫医大） 症例は63歳

男性。主訴は左水腎症の精査目的。超音波検査では左腎盂の軽度拡張と腎中央に腎盂を圧排する acoustic shadow を伴った腫瘤を認めた。CT 検査では左腎内側に腎との境界が明瞭な腫瘤を認めた。腫瘤は内部 density が不均一で enhance はされなかった。MRI では腫瘤は T₁ 強調像, T₂ 強調像ともに高信号と低信号な部分があり不均一であった。腎動脈造影では hypovascular tumor であった。以上の検査にても良悪性の判断がつかず, 1994年6月21日, 左腎摘除術を施行した。腫瘤は左腎盂近傍にあり大きさは 4×5×3.5 cm で内容物は暗赤色泥状であった。内容物を取り除くと断面は海綿状であった。病理診断は腎細胞癌であった。また内容物は壊死物質と血塊とコレステリン結晶であった。本症例のごとく嚢胞状腎細胞癌は画像診断の進歩した現在も術前の鑑別診断が困難であると考えられた。

10年後に仙骨転移をきたした腎細胞癌の1例: 吉中宏隆, 吉田直正, 張本幸司, 渡辺美博, 吉村力勇, 西阪誠泰, 和田誠次, 岸本武利(大阪市大) 症例は65歳男性。1982年6月28日, 腎細胞癌にて右腎摘除術を施行(RCC, pT2N0M0)。術後10年目に腰痛を訴えたため精査したところ画像所見にて, 仙骨部に骨溶解を伴う tumor を認めた。生検は grade 1 の clear cell からなる adenocarcinoma であり, 腎細胞癌の仙骨への孤立性転移と診断した。患者の予後および QOL の改善を考慮して放射線照射および IFN α による治療を試みたが, 有効な成果はえられなかった。腎癌では, 術後のみならず, 長期にわたる全身的なフォローが必要である。

根治手術後に胃転移をきたした腎細胞癌の1例: 申勝, 中村吉宏, 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) 症例は70歳男性。主訴は胃ポリープ精査。1988年10月, 検診にて右腎腫瘍を指摘され, 1988年11月, 当科にて根治的腎摘除術を施行した。ステージは pT3bN0M0V1b で, 病理診断は, renal cell carcinoma, alveolar type, clear cell subtype, G1, IFN α であった。術後経過観察中の1991年1月, 対側の副腎に腫瘍を認め左副腎摘除術を施行した。病理診断は adenocarcinoma, clear cell type であり, 右腎細胞癌の対側副腎転移であった。1993年9月, 検診により胃底部小彎側にポリープが発見され, 同年12月ポリペクトミーを施行した。病理診断は, adeno-

癌, clear cell type であり, 腎細胞癌の胃転

移を疑い, 1994年3月胃底部小彎側の楔状部分切除術を施行した。

α インターフェロンにより急性腎不全に陥った腎細胞癌の1例: 尾松 操, 川上享弘, 岩城秀出, 小西平, 岡田裕作, 友吉唯夫(滋賀医大) 63歳女性。左腎上極に 8×8×9 cm の腫瘍性病変が存在。嚢胞状変化を伴った左腎腫瘍の診断で1994年4月1日左腎摘出術施行。摘出標本は 17.5×11.0×8.5 cm, 重量 950 g で断面では肥厚した壁を有する嚢胞が多発。病理組織は腎細胞癌 pT3aN0M0, alveolar type, granular subtype, G1 で石灰化, 骨形成を伴っていた。術後 IFN α 300万単位を週3回で開始。初回投与後 Cre は1.09から1.45と上昇, Ccr は31.1から13.2と低下した。2回投与後腎機能は改善傾向がみられたが, 5回目からは他社の IFN α 500万単位に変更。計8回投与後乏尿となり Cre は4.0, Ccr は3.4と急性腎不全に陥ったが保存的治療により2週後には改善した。IFN による急性腎不全の報告は少なく, 腎細胞癌では自験例を含め4例であった。

膀胱血液タンポナーデで発症した Wilms 腫瘍の1例: 松本富美, 紺屋英児, 貴島洋子, 細川尚三, 島田憲次(大阪母保医療セ) 3歳7ヵ月男児。1994年2月7日, 肉眼的血尿が出現。近医を受診し, 安静にて一度消失するも, 同年3月15日再び肉眼的血尿がみられ, 翌朝尿閉となったため当科へ紹介された。腹部超音波検査にて左腎腫瘍が疑われ, 造影CTを施行。左腎部に径3cmの腫瘍陰影を認めた。2月に近医で撮影された IVP でも腫瘍による腎盂, 腎杯の変形が認められ, 同日根治的左腎摘除術が行われた。病理組織診断は nephroblastic nephroblastoma であった。Wilms 腫瘍の21%に見られる血尿のほとんどは顕微鏡的血尿で, 本症例のごとく肉眼的血尿から膀胱タンポナーデをきたすものはきわめて稀であるが, 小児の血尿を考えるうえで腫瘍は必ず念頭におくべき鑑別疾患の一つであり, 同時に注意深い画像診断が必要である。

結節性硬化症に合併した腎血管筋脂肪腫に感染をきたした1例: 日浦義仁, 岡田日佳, 大口尚基, 川村博, 松田公志(関西医大), 石原玲子, 小林陽之助(同小児科) 症例は25歳男性。主訴は発熱。1歳6ヵ月のとき結節性硬化症と診断され, 17歳時, 両側腎血管筋脂肪腫を指摘された。1993年11月頃より時々, 発熱を認めるも抗生剤投与にて解熱していた。1994年1月

下旬、発熱を認め抗生剤に反応せず当院小児科入院。尿、血液、咽頭、便の培養では有意な菌は検出されなかった。画像上、CT、エコー、血管造影では、両側腎血管筋脂肪腫の所見以外、感染を示唆するものはなく唯一 Ga シンチで左腎内側に集積を認めた。発熱の原因を左腎血管筋脂肪腫に感染を合併したものと診断し、左腎摘出術を施行した。摘出腎断面で圧迫により膿汁の流出する部分を認めたが、培養は陰性であった。組織学上、血管筋脂肪腫内に壊死、自己融解像からなる膿瘍を認めた。

腎神経鞘腫の1例：田原秀男、池上雅久、片岡喜代徳（泉大津市立）、禰宜田正志、松田久雄、今西正昭（近畿大）、片山孔一（阪和） 71歳女性。1990年7月初めより排尿痛、残尿感が出現し、当科を受診した。投薬にて症状はいったん軽快するも、膀胱炎の再発を繰り返すため精査したところ、IVP、CT、MRIにて左腎下極に充実性腫瘍を認めた。血管造影では乏血管性の腫瘍を認めたため、左腎腫瘍と診断し左腎摘出術を施行した。病理組織学的に HE 染色では紡錐形の細胞が索状に増生しており悪性所見はなく、S-100 蛋白抗体による免疫組織染色にて陽性であったため、Antoni A type の良性神経鞘腫と診断した。腎より発生した神経鞘腫は本邦では自験例を含めて8症例あり、若干の文献的考察を加えて報告する。

腎カルチノイドの1例：山田裕二、井上隆朗、山崎浩、島谷 昇、広岡九兵衛（関西労災） 症例は35歳女性。心窩部痛にて当院内科受診。腹部エコーにて左腎上極に嚢胞状腫瘍を認め当科紹介。CT では左腎上極に壁に石灰化を伴う充実性部分をもつ嚢胞状腫瘍を認めた。MRI では T₁ 強調で low, T₂ 強調では石灰化部分が low, 嚢胞内 high, 充実性部分はやや high intensity を呈し、Gd 造影にて充実性部分は軽度造影された。血管造影では hypovascular で一部 tumor stain を認めた。嚢胞状左腎腫瘍と診断し根治的左腎摘出術を施行。腫瘍は 5.5×5×4.5 cm, 嚢胞内溶液はムチン様で、嚢胞壁に乳白色軟骨様部分に連なる黄色調腫瘍を認めた。病理組織では腫瘍部分は均一な円形の核をもつ細胞が索状、リボン状に配列し定型的カルチノイドの像を呈した。一方嚢胞壁は消化管粘膜を思わせる杯細胞様の腺上皮からなる部分が多く、また一方では骨形成もみられた。腫瘍部はグリメリウス染色、クロモグラニンA染色陽性で、電顕では分泌顆粒を認め、腎奇形腫に合併したカルチノイド腫瘍と診断された。

生体腎移植後カリニ、サイトメガロウイルス、細菌性肺炎を発症した1例：市丸直嗣、高原史朗、野々村祝夫、室崎伸和、小角幸人、石橋道夫、奥山明彦（大阪大）、重土好古、谷尾吉郎（同第3内科）、浅利誠志（同臨床検査診断学） 症例は42歳男性。生体腎移植術後急性拒絶反応のため入院。ステロイドパルス療法、FK506 救援療法を施行したところ発熱し、胸部X線上で左下肺野に間質性陰影を認めた。気管支肺泡洗浄を施行し *Pneumocystis carinii*, *Cytomegalovirus*, *Klebsiella pneumoniae* を検出した。ガンシクロビル、抗生剤、静注用 ST 合剤、ペンタミジンによる薬物療法および人工呼吸器による補助呼吸により軽快した。

腎移植後長期間にわたり高 Ca 血症が持続している症例の検討：辻 秀憲、西岡 伯、国方聖司、秋山隆弘、栗田 孝（近畿大）、能勢和宏、植村匡志（大阪通信） 腎不全による Ca 代謝異常は、腎移植後改善されるとする報告が多い。しかしながら移植後、腎機能が良好であるにもかかわらず、高 Ca 血症が持続する症例がみられる。そこで当科で施行した腎移植症例の中で検討した。長期に高 Ca 血症が持続する症例は移植前の透析期間が長く、また臨床所見を有するものと有さないものに分けると、高 Ca 血症が長期に持続している症例は、尿路結石や関節痛などの臨床所見を有するものが多い。また、腎移植後の上皮小体機能亢進症にたいする手術適応は1年以上検査データを観察し、異常値が持続するものの中で上記のような臨床所見を呈するか、またはその恐れのある場合と思われた。

馬蹄鉄腎に合併した腎盂癌の1例：村田 裕、中山義晴、小川隆義（姫路赤十字）、結縁敬治（国立ガンセ）、富岡 収（富岡医院） 症例は69歳男性。腎盂腎炎の既往あり。肉眼的血尿を主訴に来院。DIP, CT, RP, 腹部大動脈造影にて馬蹄鉄腎に合併した右腎盂腫瘍と診断し、右半腎摘除術、右尿管全摘術を施行。病理組織は、峽部および腎実質に浸潤した SCC, G2, pT3 であった。術後 MTX, BLM, VCR による化学療法を2クール施行し、現在術後10カ月を経て再発転移は認めていない。馬蹄鉄腎に合併する腎盂癌は本邦で自験例を含め17例の報告がある。年齢は、14歳から73歳、平均55.7歳、男女比は3:1である。主訴は血尿と腹部痛が多く、部位は、右4例、左11例で、組織型は、TCC 12例、SCC 3例、不明2例であった。馬蹄鉄腎では腎悪性腫瘍中、腎盂癌や Wilms

腫瘍の頻度が高く、感染や結石による刺激や、尿流停滞による尿中発癌物質の暴露時間の延長が誘引となると推測されている。

尿細胞診のみが陽性であった左腎盂腫瘍の1例：納谷佳男、野本剛史、本郷文弥、鴨井和実、浮村 理、植原秀和、北森伴人、寺崎豊博、内田 睦、渡辺 決（京府医大）、三矢英輔（名古屋泌尿器科） 55歳男性。顕微鏡的血尿を主訴に平成4年8月当院受診。各種画像検査で異常を認めず、月1回の検尿で経過観察していた。同年10月の尿細胞診が疑陽性であったため、同年11月に膀胱生検を行ったが異常を認めなかった。以後月1回の尿細胞診で疑陽性が持続し、平成5年2月にも膀胱生検を行ったが異常を認めなかった。同年5月に陽性の結果をえ、精査目的に再度入院した。左分腎尿の細胞診が疑陽性で、また逆行性腎盂造影で左腎上腎杯のみが造影されにくく、強く疑えば上腎杯が病変と考えられた。左腎盂腫瘍を疑い、左腎尿管全摘術を施行した。左上腎杯に腎実質に浸潤傾向を示す乳頭状腫瘍を認めた。尿路は比較的保たれていた。病理組織は移行上皮癌であった。

Fraley's syndrome の亜型の1例：吉田浩士、五十川義晃、白波瀬敏明、竹内秀雄（公立豊岡） 症例は65歳の女性。1990年、尿路感染症にて受診時の IVP で左腎盂の圧排および上中腎杯の軽度拡張を認めたが、精査にて原因不明であった。1994年、IVP にて著明な左水腎症および上中腎杯の描出不良を認め、RP、経皮的腎盂造影にて上中腎杯と腎盂の間に著明な狭窄を認めた。周囲組織の線維化が原因として第一に考えられ、腎盂形成術を施行した。術中所見では、腎動脈の上方への分枝が腎盂を圧排しており、この圧排を取り除くために動脈を上方に移動、固定した。術後の IVP にて水腎症は著明に改善されていた。本症例は、腎血管分枝による漏斗部の圧迫が原因で腎杯から腎盂への尿通過障害をきたす Fraley's syndrome の亜型と考えられた。本症例では、腎動脈の硬化による変形、位置移動が疾患の発生に関与しているのではないかと考えられた。

過酸化水素水を用いた腎盂焼灼術の経験：金澤利直、甲野哲朗、石井啓一、田部 茂、柏原 昇（吹田市民）、染矢克己（染矢クリニック）、岩井謙仁（和泉市立） 肉眼的血尿を認めた特発性腎出血の患者12例（男性8例、女性4例、平均年齢23.9歳）に対し過酸化水素水を用いた腎盂焼灼術を施行した。治療成績

は、短期的（7日間）にみると、まったく血尿を認めなかったものが7例、顕微鏡的血尿のみとなったものが5例で、有効率は100%であった。長期観察期間中に肉眼的血尿の再発をみたものは、12例中6例で、再発までの期間は平均40カ月であった。合併症としては、軽度の腰痛、嘔気等で硝酸銀溶液を用いた注入療法にみられるような重篤なものは認めなかった。以上より、特発性腎出血に対する過酸化水素水の注入療法は安全で、かつ有効な方法と考えられた。

原発性尿管上皮内癌の1例：守屋賢治、安達高久、江崎和芳（八尾市立） 症例は75歳、女性。主訴は無症候性肉眼的血尿。既往歴として55歳で子宮癌にて手術および術後放射線療法を受けている。現病歴は1994年1月25日より血尿を認め近医を受診、DIPで右水腎症を指摘され当科紹介。RPにて右下部尿管に陰影欠損と壁の不整像を認める。全尿細胞診はclass I、尿管カテーテル尿細胞診はclass IV。右尿管腫瘍と診断し、同年2月28日、右腎尿管全摘除術を施行。摘出標本では下部尿管に硬結を認めるも尿管内腔に腫瘍性病変を認めず、病理組織学的に尿管上皮内癌と診断された。術後6カ月再発の徴候を認めない。原発性上部尿路上皮内癌として調べたかぎり、本邦報告48例目であり、文献的にはカテーテル尿細胞診が採取可能症例全例で陽性、また尿管上皮内癌では高率にX線所見に異常を認めた。

卵巣 Brenner tumor を合併した尿管腫瘍の1例：長久裕史、杉多良文、梅津敬一（国立神戸）、中村哲也（同研究検査科） 症例は65歳、女性。主訴は肉眼的血尿。以前より肉眼的血尿を認めるも放置していたところ、症状強くなり、近医受診後、当科紹介受診したところ、膀胱タンポナーデを呈しており、1994年4月5日当科緊急入院となった。精査にて左尿管腫瘍および両側卵巣腫瘍と診断し、4月25日根治的左腎尿管全摘、膀胱部分切除および両側卵巣摘出術を行った。術後の病理診断で尿管はTCC, grade 2, invasive type, pT3N0M0 および両側卵巣 Brenner 腫瘍であった。現在、M-VAC 療法を2クール施行し、経過観察中である。尿管腫瘍に卵巣 Brenner 腫瘍を合併した症例はきわめて稀であり、若干の文献的考察を加え報告した。

転移性尿管腫瘍の1例：垣本健一、坂上和弘、小田昌良、梶川次郎、小出卓生（大阪厚生年金）、山崎芳郎、桑田圭司（同外科）、小林 晏（同病理部） 症例は

57歳男性。平成5年12月膀胱部癌に対し膀胱十二指腸切除術施行後、平成6年4月頃より上腹部痛増強があり当院外科に再入院。超音波検査で左水腎症を指摘され当科紹介。DIP、左RPで左水腎症とL4～L5レベルの左尿管に狭窄を認め、CTでは、左尿管壁の肥厚を認めた。経過中、肉眼的血尿なく尿細胞診陰性であった。左尿管腫瘍の疑いで手術施行。画像診断と一致した部位で、硬い左尿管を触知したが腫瘍の直接浸潤所見はなかった。尿管部分切除施行後、術中迅速病理で膀胱類似の腺癌細胞を尿管壁内に認めたため尿管吻合を行った。病理組織では、膀胱類似の高分化型腺癌細胞が尿管粘膜下組織から筋層にかけて散在性にみられた。以上より膀胱部癌原発の転移性尿管腫瘍と診断した。

膀胱全摘12年後に両側尿管回腸導管吻合部に認められた移行上皮癌の1例：佐藤英一、志水清紀、西村和郎、岩崎 明、三好 進、水谷修太郎（大阪労災）、西本直光（西本医院） 症例は67歳の男性。1981年12月TUR-Bt（TCC, pT2, G2）、翌年1月膀胱全摘、回腸導管造設術施行。1993年11月右側腹部痛を訴え、DIPにて右水腎症、右尿管の拡張を指摘され同年12月再入院となった。CTにて右尿管下端部までの拡張を認めた。右尿管下端部狭窄と診断されたが右尿管腫瘍も疑われたため1994年1月手術を施行した。右尿管吻合部に移行上皮癌が浸潤していたため右腎尿管回腸導管全摘術、左尿管皮膚瘻造設術を施行した。病理組織では左右尿管下端部と両側吻合部に粘膜下、筋層に浸潤した移行上皮癌を認めた。同年8月現在再発転移を認めていない。尿管回腸導管吻合部に再発した移行上皮癌の報告例を集計し文献的考察を加えた。

異所性尿管癌の1例：畑 佳伸、中村雅至、宮下浩明（近江八幡市民） 1歳女児。反復する尿路感染症の精査の結果、右完全重複腎盂尿管に伴った異所性尿管癌と診断された。膀胱造影では、両側ともVURは認めなかった。全麻下に、右上半腎摘除術および所属尿管、尿管瘤摘出術、右VUR防止術を施行した。半腎摘除にあたっては、右上半腎に所属する動脈を阻血することにより、切除線を決定した。また、下部の重複尿管は、栄養動脈が共通とされているため、無理な完全剥離は避け、異常尿管の摘出にあたっては、その一部を残したままとした。膀胱縫縮の際、右尿管口は生理的な位置に来るように、縫縮線上に吻合した。手術時間は5時間30分で、出血量は71gであった。現在、術後7カ月であるが、残腎機能は良好で、感染

やVURは認めず、きわめて良好に経過している。

異所性尿管癌の1例：和辻利和、増田 裕、岩本勇作、平井 景、上田陽彦、高崎 登、岩動孝一郎（大阪医大） 1歳1カ月の女児。主訴は発熱と膿尿。尿路感染症として治療を受けたが、症状は軽快しなかった。超音波検査にて左腎上部内側より膀胱後部に至る蛇行した大きな嚢胞状腫瘍を認めた。精査の結果、左上半腎所属尿管が拡張蛇行し後腹膜腔で嚢胞状腫瘍を形成した異所性尿管癌と診断した。左下半腎にはⅢ度のVURを伴っていた。¹²³I-OIHカメラレノグラムでは左腎盂内にRI停滞を伴う軽度の排泄障害型を示した。上半腎は画像上実質を認めず、術中所見では長径約2cmの多房性嚢胞状を呈していた。下半腎は十分に発育しており、上半腎を保存する意味のないものと判断し、左上半腎尿管全摘、瘤切除、左下半腎所属尿管膀胱新吻合術を施行した。

膀胱 Inverted papilloma の3例：大嶺卓司、東勇太郎、前川幹雄、大江 宏（京都第二赤十字）、加藤元一（同検査部病理）、野本剛史（京府医大） 最近5カ月で3例の膀胱 inverted papilloma (I. P.)を経験した。症例は37, 51, 50歳の男性。いずれも排尿障害を主訴に受診。症例1, 3には血尿も認めた。腫瘍はすべて膀胱三角部にあり、有茎性、表面平滑な非浸潤性膀胱腫瘍と判断し、TUR-Btを施行した。病理組織学的にはI.P.であった。尿路のI.P.は比較的稀な疾患であり、本邦では1992年に徳光らがまとめた141例に、私たちが収集しえた18例および自験例3例を加えると162例になる。I.P.は基本的には良性腫瘍といわれていたが、最近では再発例、悪性腫瘍との合併例、悪性化例の報告があり術後の十分な経過観察の必要性がいられている。本邦報告例の集計に若干の文献的考察を加え報告する。

α -Fetoprotein (AFP) 産生膀胱癌と考えられた1症例：高山秀則（高山クリニック） 症例は74歳、男性。肉眼的血尿を主訴として来院。膀胱鏡検査にて、右側壁上部に単発、乳頭状腫瘍あり、経尿道的膀胱エコーにて6.4×5.0cmで、膀胱部分切除術を施行。術前、腫瘍マーカー検査にてCEA正常、AFP 410 ng/mlと高値であり、術後はAFP正常レベルとなる。病理組織標本ではTCC, G3, pT1b, INFβであり、酵素抗体法（アビジン・ビオチン法）によるAFP染色にて反応陽性細胞を証明した。4年後の現在、再発なく、AFP値も正常で、他臓器に腫瘍の存在を認め

ない。TCC での AFP 産生はきわめて稀であり、ここに報告した。

移行上皮癌と腺癌が合併した膀胱腫瘍の1剖検例：
柑本康夫（和歌山医大） 症例は52歳、男性。主訴は肉眼的血尿。浸潤性膀胱腫瘍、臨床病期 T3aN0-M0 の診断にて、術前 BOAI、膀胱全摘出術を施行。病理組織学的診断は (TCC, G3) > AC, pT3b, pN2 であった。補助化学療法中に局所再発および遠隔転移をきたし、術後8カ月で死亡した。病理解剖では局所再発巣および転移巣ともに全体に未分化腺癌から成り、ごく一部に TCC および SCC の混在が見られた。また、他臓器に腺癌の原発は認められなかった。膀胱腺癌の発生病理についてはいくつかの説が報告されているが、本症例の場合、未分化移行上皮癌から腺癌が分化したものと思われる。また、この腺癌成分が術後化学療法に抵抗し増殖したために、剖検時には腺癌優位の組織像を呈したものと考えられた。

膀胱超音波にて発見された膀胱悪性パラガングリオーマの1例：山田龍一、高 栄哲、本多正人、若月晶（近畿中央） 55歳男性。1994年4月19日、突然生じた右下腹部痛を主訴に受診。右尿管結石、右水腎症を認めたため同日入院した。超音波検査にて膀胱後部に腫瘤を認めたため ESWL にて結石破砕後精査施行。CT 所見より膀胱壁内腫瘍およびその外腸骨リンパ節転移を疑った。血中および尿中ノルアドレナリン、ドーパミンの異常高値を認めた。エコーガイド下に経腹の経膀胱的に needle biopsy を施行し悪性パラガングリオーマ疑いの病理診断をえた。MIBG シンチグラムにて膀胱部にとりこみを認めた。以上の所見から左外腸骨リンパ節転移を伴う膀胱原発悪性パラガングリオーマと診断。5月19日膀胱部分切除術、骨盤内リンパ節郭清を施行した。術後20日でノルアドレナリン、ドーパミンは正常化し、6月15日退院した。

骨盤内臓器全摘術における回腸利用膀胱再建術の経験：下垣博義、川端 岳、山中 望（神鋼）、中野正人、坂野 茂、頼 文夫（同外科） 症例は56歳の男性。主訴は便秘、下痢。まず、腸管の切離。小骨盤腔前面を郭清し、尿管を処理、サントリーニ静脈叢を集束結紮し尿道を切断した。そして会陰部からも剝離を進め、腫瘍を摘除、膀胱をハウトマン法により再建した。術後尿失禁は、膀胱全摘術後患者に比し、やや遅延する傾向が見られたが、カテーテル抜去後1カ月ではほぼ消失した。骨盤内臓器全摘術の術後管理には、

大量出血、長時間手術に対する全身管理、広範な骨盤死腔のドレナージ、尿路系の管理、腸管の麻痺、癒着の対策、ストマケアが重要になる。自排尿型膀胱再建術は患者の QOL の観点からのみならず、骨盤底に死腔をつくらず、凝血塊や滲出液の貯留を防ぎ、感染や落ち込んだ腸管のイレウスなども起こしにくいのではないかと考えられる。

自己導尿カテーテル破損によるインディアナパウチ内異物の1例：内田潤次、姜 宗憲、西島高明（大阪鉄道）、堀井明憲、岸本武利（大阪市大） 症例は54歳男性。1993年4月30日、多発性膀胱腫瘍のため膀胱全摘術およびインディアナパウチ造設術を施行。以後順調に経過し、退院後自己導尿を施行していた。1994年2月9日、自己導尿中に導尿カテーテルが破損し先端がパウチ内に残存したために来院。カテーテル抜去目的で入院となった。入院後、最細経の軟性鏡下、異物鉗子や把持鉗子を用いて残存カテーテル抜去を試みたが困難で、最終的には胆道用バスケット鉗子にてカテーテル抜去に成功した。コックパウチ、インディアナパウチのごとく、カテーテルにて自己導尿する場合については本症例のようにカテーテル破損、パウチ内残存が生じる可能期は常に存在すると考えられるので、今後、似たような症例が増加しうると考えられる。

前立腺部尿道移行上皮癌の1例：藤本 潔、大西規夫、井口正典（市立貝塚）、浜田吉道（協浜診療所）

症例は60歳男性。半年前より排尿困難出現し増強するため、平成6年3月、受診した。尿道造影で前立腺部尿道の精丘より近位側に有茎性の腫瘍陰影を認めた。内視鏡検査では精丘のやや近位の4時方向に有茎性、non-villous な腫瘍を認め、膀胱内には腫瘍は認めず、経尿道的腫瘍切除術を行った。病理診断は移行上皮癌 grade 2 で、腫瘍底部に悪性所見は認めなかった。諸検査にて転移の所見もなく、現在まで外来で経過観察を行っているが、局所ならびに膀胱に再発を認めていない。後部尿道原発の尿道癌はわれわれが調べたかぎり、自験例を含め32例ある。組織型別にみると扁平上皮癌が最も多く、ついで移行上皮癌、腺癌の順である。後部尿道原発移行上皮癌としては本症例は本邦9例目と思われる。

高分化型腺癌を合併した前立腺類内膜癌の1例：高見信彦、寛 善行、吉村直樹、寺地敏郎、吉田 修（京都大） 77歳男性。肉眼的血尿を主訴に来院。触診上前立腺は弾性硬で表面に硬結を触れた。PAP 1.0

以下、PSA 1.0 と正常範囲内であったが、エコー、内視鏡検査から膀胱頸部付近の前立腺部尿道に有茎性腫瘍を認めた。尿道腫瘍の診断で経尿道的に腫瘍を切除した。病理学的に endometrioid carcinoma であった。PAP, PSA の免疫組織学的染色はともに陽性で、前立腺上皮由来であるとする説を支持する所見と思われる。腫瘍の残存を疑い、前立腺全摘除術を施行したところ、病理学的に高分化型腺癌の合併を認めた。腫瘍の被膜への浸潤を認めなかった。前立腺内に限局する腫瘍では、前立腺全摘除術を施行するのが望ましいと考えられる。検索しえたかぎりでは、本症例は本邦35例目であった。

前立腺癌皮膚転移の1例：吉井将人，木村昇紀，仲川嘉紀，吉田宏二郎（大和高田市立） 69歳男性。1985年5月14日、TUR-Pを施行し、病理組織学検査は adenoma であった。1990年6月、前立腺腫瘍マーカーの上昇を認めたため、前立腺針生検を施行し中分化型腺癌の診断をえた (stage C)。以後、抗男性ホルモン療法（磷酸ジエチルスチルベストロール）を施行し、経過は良好であったが、1992年11月、鼠径部および陰嚢部に 2～8 mm の赤色無痛性丘疹が出現した。皮膚生検組織は前立腺原発巣と類似した中分化型腺癌であり、前立腺特異抗原 (PSA) 陽性であった。以上より前立腺癌再燃および皮膚転移と診断し、1993年1月より放射線療法を開始した。前立腺部に 60Gy 皮膚転移領域に 40 Gy 照射し、肉眼的には皮膚病変は消失したが、同年11月、放射線照射領域周辺に赤色丘疹が再発し、1994年4月21日死亡した。前立腺癌の皮膚転移はきわめて稀で、自験例は本邦19例目である。

前立腺マラコブラキアの1例：岩城秀出，濱口晃一，小西 平，岡田裕作，友吉唯夫（滋賀医大） 症例は65歳男性。1994年2月14日、頻尿を主訴として当科受診し、膿尿を認めたため膀胱炎と診断された。抗生剤投与により改善したが、直腸指診にて前立腺に硬結所見を認めたため、前立腺針生検を施行。その病理組織所見報告では低分化型腺癌であった。諸検査の結果、前立腺癌 stage B1 と診断し、5月18日根治的前立腺全摘除術に施行した。前立腺と周囲との癒着はほとんどなく、摘出前立腺の断面には肉眼的に癌病巣と思われるものはなかった。術後病理組織検査では、HE 染色で前立腺組織内には組織球がびまん性に浸潤しており、胞体内にヘマトキシリンに淡染する小体を認めた。PAS 染色ではこの小体は赤く濃染された

ため、M-G 小体と考えられ前立腺マラコブラキアと診断された。本疾患は比較的稀で、自験例は本邦で28例目と思われる。

膀胱後腔より発生した傍前立腺中皮腫例：三品輝男（三品泌尿器科），土井正樹（堀川病院外科），加藤元一（同病理），池原 進（関西医大病理） ドック検査にて BPH を指摘された71歳男性。22歳時、広島にて被爆。肛門から9時あたりより超鷲卵大の弾性硬の腫瘤を触知。マーカー上昇（－）。生検にて前立腺肉腫の疑い。1994年5月13日腫瘍摘出術を施行。腫瘍は内骨盤筋膜に被われ、右膀胱後腔～右後前立腺～骨盤底筋にあり。摘出腫瘍は 7.0×7.0×4.0 cm, 100 g で淡赤白色，充実性，分葉状。被膜は不明瞭。HE 染色にて短紡錘形腫瘍細胞が密に配列し、周囲には比較的密な膠原線維が增生。核分裂像なし。PAS（＋），ALB（＋），ALB+HD（脱色），vimentin（＋）（間葉系）。EMA（－），CEA（－），cytokeratin（－）（非上皮）。S100（＋）（非神経）。LCA（－）（非リンパ球）。actin（－），desmin（－）（非筋線維）。戻し電顕にて細胞間に desmosome 結合を認めず。以上より localized fibrous mesothelioma と診断。本邦5例目。術後4ヵ月現在，再発なし。

経尿道的高温度療法における前立腺の組織学的検討：花井 禎，杉山高秀，朴 英哲，栗田 孝（近畿大）

経尿道的高温度療法を前立腺肥大症50症例に対し施行した。その結果(1)高温度療法による組織学的変化は、平滑筋の断裂・萎縮、間質の浮腫、神経線維の空胞化であり、その変化は尿道付近に限局していた。(2)高温度療法により神経線維は長期間に変性し、その範囲は他の組織の変性より広範囲であった。これは経尿道的高温度療法の主たる作用は前立腺神経の永続的局麻作用と尿道周囲平滑筋の律動収縮抑制による膀胱刺激症状の解消によると思われる。

前立腺肥大症に対する Visual laser-assisted ablation of prostate (VLAP) の治療経験：古賀 実，桑江秀樹，寺川知良，佐藤義基（八尾徳洲会）

1993年9月から1994年2月までに VLAP を行い、術後6ヵ月目の内視鏡検査を施行した6症例を供覧した。年齢は60歳から80歳（平均68.8歳），AUA 7 symptom score は13から29（平均20.3），経直腸的超音波断層法による推定前立腺内腺重量は 4.1 g から 58 g（平均 27.7 g）であり、総照射量は 6,837 joule～52,814 joule（平均 28,639 joule）であった。内視鏡検

査では前立腺部尿道内腔の開大は軽度であり、6例中4例に壊死組織の残存を認めた。しかし、symptom score は治療前平均の20.3から6カ月後では9.8まで改善し、残尿も全例がほぼ消失しており、十分満足のいける治療のように思われた。

前立腺肥大症に対する組織内深部レーザー凝固術(ILCP): 荒井陽一, 石戸谷哲, 大久保和俊, 神波大己, 七里泰正(倉敷中央) BPH に対して経尿道的に前立腺内に刺入した特殊なライトガイドを通して、Nd: YAG レーザーにて組織内深部を凝固壊死させる治療法(ILCP)を行った。1回の照射は5分間(2,820 J)で前立腺の大きさによって数回の穿刺を行った。3カ月以上経過観察しえた31例(平均年齢71歳)で臨床効果を評価した。I-PSS および Qmax は有意な改善を示し、QOL スコアは著明に減少した。経過中に重篤な合併症はみられなかった。ILCP の特徴は尿道粘膜が温存されることであり、そのため術後の膀胱刺激症状はきわめて軽微であった。本法は出血も少なく、前立腺肥大症の低侵襲治療として有用であると考えられた。

尿路結石症とシアル酸の関係について: 紺屋英児(大阪母保医療セ), 山手貴詔(耳原総合), 梅川 徹(市立堺), 片岡喜代徳(泉大津市立), 井口正典(市立貝塚), 尼崎直也, 石川康章, 梶川博司, 栗田 孝(近畿大) 最近、尿路結石患者において尿中シアル酸が低下しているという事実が明らかにされている。われわれは結石患者と健常者の尿中シアル酸を実際に測定し、尿中シアル酸が結石形成におよぼす影響について検討した。結果: 血清シアル酸は両群間に有意差はみられなかったが、尿中シアル酸排泄量は結石患者において有意に低下していた。この理由として、おそらく、腎からのシアル酸排泄の低下によるためであると考えられた。今後は、結石患者で尿中シアル酸排泄量が低下する原因ならびに結石形成とのかかわりについての検討が必要である。

バルーンカテーテル留置に伴う尿路感染症のため早期診断が困難であった熱射病症候群の1例: 岡田卓也, 松本慶三, 井本 卓, 奥村秀弘(天理よろづ相談所), 中野 敦, 八田和大(同総合診療部) 症例は尿道カテーテル留置中の78歳の男性。6月、炎天下での作業後、発熱、嘔吐および全身の振戦を認め、当院救急外来を受診。検査上、白血球の増加と膿尿を認めたため、尿路感染症として入院となった。翌日より

40°C 前後の高体温と血圧低下、尿量減少、意識レベルの低下、DIC の症状が続き、血液検査上、肝腎機能障害とクレアチンキナーゼの著増を認めたことから熱射病症候群と診断。ただちに全身冷却、血液透析、抗DIC 療法等を行い、全身状態の改善をみた。本症例のような熱射病症候群の遅発症例は十分な病歴や所見がえられなければ、時に、診断が遅れ致命的となる危険があり、注意を要すると考えられた。

原発性尿道腫瘍の1例: 藤岡 一, 藤沢正人, 江藤弘, 岡田 弘, 荒川創一, 守殿貞夫(神戸大) 症例: 75歳, 男性。主訴: 陰茎の硬結, 排尿困難。既往歴: 53歳時に胃潰瘍。65歳時に痛風。現病歴: 数年前より陰茎の硬結を自覚していたが、1993年8月より排尿困難、残尿感を自覚するようになり、1994年2月25日当院入院となった。生化学検査: IAP 621 $\mu\text{g}/\text{ml}$ 。尿細胞診は class I。尿道膀胱造影にて振子部尿道に狭窄を認め、MRI の T₁ および T₂ 強調画像で尿道海綿体から陰茎海綿体にかけて low intensity な腫瘤を認めた。硬結部生検は扁平上皮癌であった。遠隔転移を認めないため、1994年3月14日、陰茎全摘術ならびに鼠径部リンパ節郭清術を施行した。腫瘍は尿道海綿体をこえ、陰茎海綿体に浸潤していた。術後 C-DDP, 5FU による化学療法を2クール行い、現在のところ明らかな再発を認めていない。

陰茎包皮に発生した類表皮嚢胞の1例: 福井辰成, 細見昌弘, 中野悦次(市立豊中), 花田正人(同病理), 後藤隆康(国立大阪) 症例は70歳男性。1970年頃よりの陰茎包皮部腫瘤増大を主訴に1994年2月当科受診。理学的に直径5cmと2cmの可動性良好、表面平滑、弾性軟、無痛性の腫瘤を触知。超音波検査では内部構造均一であった。治療診断目的で2月17日、腫瘤切除術を施行。内容物は直径5cmの方は黒緑色、直径2cmの方は黄色。両腫瘤とも泥状で成分はケラチンであった。嚢胞内膜は表皮様で皮膚付属器は存在せず、病理組織学的に類表皮嚢胞であった。既往歴として、1940年頃包茎にて環状切開術を受けている。日常各科で遭遇する疾患であるが、陰茎包皮に発生した類表皮嚢胞は海外で8例、本邦で2例と非常に稀な症例と思われた。

異時発生をみた両側セミノーマの1例: 明山達哉, 小野隆征, 妻谷憲一, 坂 宗久, 二見 孝, 百瀬 均, 大園誠一郎, 平尾佳彦(奈良医大) 症例は36歳男性で typical seminoma にて、左高位精巣摘除術施

行。30Gyの放射線療法施行後、9カ月経過し、対側精巣内に無痛性硬結が認められ、その硬結は3年間増大傾向が認められなかったが、精査のため、1994年4月、当科紹介入院となった。腫瘍マーカーに異常はなかったが、USおよびCT上、精巣腫瘍が疑われ、1994年4月28日、術中の触診およびUSにてtumorを確認した後、右高位精巣摘除術を施行した。組織型は前回と同様で、typical seminoma, stage Iであった。術後、再発転移を認めず、男性ホルモン補充療法継続し、経過観察中である。以上、両側精巣腫瘍の1例を経験したので、当科および関連施設での4例の両側精巣腫瘍を含め、若干の文献的考察を加え報告した。

左右の組織型を異にする同時性両側精巣腫瘍の1例：野澤昌弘，瀬口利信，市丸直嗣，野々村祝夫，小角幸人，三木恒治，奥山明彦（大阪大） 症例は26歳男性。主訴は右陰嚢内容の無痛性腫脹。受診時、右精巣は手拳大に腫大。また、左精巣にも拇指頭大の腫瘤を触知。検査成績ではLDHおよび β HCGが高値。超音波エコー検査にて右精巣は全体が充実性腫瘤像を示し、左精巣内部に径約2.5cmの辺縁が高エコーの腫瘤を認めた。両側精巣腫瘍の診断にて右高位精巣摘除術および左腫瘍核出術を施行。病理診断は右typical seminoma, 左mature teratoma。腹部CTおよび胸部X線像よりstage Iと診断し予防的放射線療法施行。術後5カ月の現在まで再発の徴候を認めない。両側精巣腫瘍は比較的稀で本邦では自験例を含め176例が報告されており、その発生にHLAの関与の可能性が報告されている。複数の報告でHLA-A24が指摘されており、自験例でもHLA-A24が認められた。

停留精巣に発生したGonadoblastomaの1例：広川文鋭（和歌山医大） 症例は23歳男性。1994年2月末に左鼠径部に違和感があり来院。理学的に、左鼠径部に腫瘤を触知する以外、異常を認めず。検査成績はAFP、 β -HCGも含め正常範囲内であった。染色体は、46XYであり、左停留精巣の診断で、精巣摘除術を施行し、病理学的にgonadoblastomaと診断された。Gonadoblastomaは、精巣腫瘍のうち0.5%といわれる稀なもので、大部分はdysgenetic gonadから発生しており、Y染色体を含むモザイクを有する性染色体の異常を呈している。稀に、正常卵巣や精巣から発生するとされており、他のgerm cell tumorの合併を認めないかぎり、予後は良好で再発、

転移は稀とされている。本症例においても、術後CTにてリンパ節転移は認められず、現在フォロー中である。

小児傍精巣横紋筋肉腫の1例：瀬川直樹，木下昌重，切目 茂（済生会中津），亀崎佐織（同小児科），泉春暁（関西医大病理） 症例は7歳男児。左陰嚢内容の無痛性腫大を主訴に当科を受診した。左陰嚢内容はゴルフボール大に腫大し、腫瘤摘出術を施行した。手術時、左精巣下部に拇指頭大の腫瘤がみられ、病理組織学的検査で胎児型の横紋筋肉腫と診断された。後日腫瘍の浸潤の有無および病期分類を知るために高位精巣摘除術を施行したが、周囲組織に腫瘍の浸潤は認められなかった。以上の結果より、Intergroup Rhabdomyosarcoma Study Group Iと診断し、VAC療法を開始した。副作用は軽度であり、現在まで4クール終了し再発、転移の徴候なく、計10クールを予定している。今後注意深い経過観察が必要である。

精巣腫瘍に対する後腹膜リンパ節郭清術後に萎縮腎をきたした1例：山中和樹，中村一郎，江藤 弘，岡田 弘，荒川創一，守殿貞夫（神戸大），井上隆朗（関西労災） 29歳男性。左精巣腫瘍（embryonal cell carcinoma）に対して1994年11月18日後腹膜リンパ節郭清術を施行した。術直後よりLDHが最高1,380 IU/lまで上昇したが、3週間後に自然に正常化した。1カ月後のIVPにて左無機能腎が発見され、腹部CTを施行したところ、左腎の萎縮が、血管造影でも左腎動脈の著明な狭窄、壁不整が認められた。BUN、クレアチニンの上昇および高血圧は認められず、現在経過観察中である。腎萎縮の原因として、術中の腎血管に対する機械的操作による血管内皮の損傷に血管の攣縮が加わり、腎動脈血栓症をきたしたことが想定された。精巣腫瘍に対する後腹膜リンパ節郭清術後の腎障害報告例として自験例は本邦5例目である。

出生直後に発見された両側精巣捻転の1例：紺屋英児，貴島洋子，松本富美，細川尚三，島田憲次（大阪母保医療セ） 症例は日齢8日男児。出生時より両側陰嚢内容の腫脹を産科医により指摘されていたが、改善傾向を認めないため、生後8日目に当科を紹介受診した。陰嚢表皮は暗赤黒色を呈し、両側陰嚢内に透光性のない鳩卵大の硬結を触知した。同日手術を施行したが、両側とも精巣固有鞘膜外に捻転を認め、精巣は暗紫色を呈し、捻転を解除してもこの色調は改善を認めなかった。両側性であるため両側精巣固定術を施行

したが、精巣シンチグラフィーで血流はまったく認められず、約1年後のHCG負荷試験は無反応であった。文献上、出生時発症の精巣捻転症は、本邦報告例で47例であり、これらは、受診までの期間が平均8.7日と長く、精巣を温存できたのは2/49精巣と予後不良であった。

精巣上体に発生した嚢腺腫の1例 中村吉宏、申勝、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）

症例は39歳男性。主訴は右陰嚢内容無痛性腫大。右陰嚢内容に2.0×2.5cmの硬結を触知。超音波検査で、精巣腫瘍が疑われたため右高位精巣摘除術を施行した。摘除標本の剖面では、精巣内にゼリー状の粘液を認め、この粘液は、精巣上体から、精巣白膜を2箇所まで貫通していた。病理組織所見では、精巣上体原発の嚢腺腫と診断された。通常、精巣上体に発生するcystadenomaはpapillary cystadenomaの形態をとるが、本症例では、papillaryな成分はまったくなかった。

結節性精巣周囲炎の1例：河瀬紀夫、渡部淳、畑山忠、瀧洋二、上山秀麿、飛田収一（京都市立）、金榮治、鷹巣晃昌（同病理） 症例は61歳男性。15年以上前より右陰嚢内容の無痛性腫瘤を自覚していたが、放置していた。初診時の触診所見では、右精巣は正常でその周囲に複数の硬結を触知した。傍精巣腫瘍の診断のもとに手術を施行した。腫瘍は境界明瞭で、術中迅速組織診にて悪性所見は認めなかったが、陰嚢内臓器との強い癒着があり、右陰嚢内容摘除術を施行した。病理検査の結果は結節性精巣周囲炎であった。本症は、その多彩な病理組織像からさまざまな名称がつけられている。病因は一般に慢性炎症による線維化あるいは反応性腫瘍性病変であり、腫瘍とは区別して考えられている。治療は腫瘍摘除術が原則であるが、悪性腫瘍の可能性を恐れて精巣摘除された例もある。術中迅速組織診を行い、適切な治療法を選択すべきであると考えられた。

陰嚢内脂肪肉腫の1例：岡本雅之、森末浩一、郷司和男、藤井昭男（兵庫成人病セ）、木崎智彦（同病理）、森下真一（鐘紡記念） 症例は76歳男性。7年前、他院で右高位精巣摘除術（精索腫瘍）施行。組織診断は精索の肉芽組織であった。5カ月前より、右陰嚢内腫瘍に気づき、当科受診。右陰嚢内に超鶏卵大、弾性硬、表面平滑な腫瘍を触知。自発痛、圧痛、透

光性を認めなかった。陰嚢部エコーでは、右陰嚢内に内部にhyperechoicな部分を有する腫瘍を認め、CT上、この腫瘍は均一なdensityを呈していた。諸検査上、転移を認めず。腫瘍摘出術を施行。腫瘍と精索との連続性は明らかではなかった。摘出腫瘍は7×6×5cm, 123gの高分化型脂肪肉腫で、補助療法は施行しなかったが、3カ月後の現在、再発、転移の徴候を認めていない。なお、文献上、本症例は本邦59例目と思われる。

尿管異所開口に伴う骨盤腎を合併した陰嚢内Fibrous pseudotumorの1例：月川真、三木健史、後藤隆康、辻村晃、菅尾英木、高羽津（国立大阪）、竹田雅司、倉田明彦（同病理） 症例は65歳男性。主訴は無痛性右陰嚢内腫瘍。右陰嚢内に無痛性の硬い腫瘤に気づき、当科受診。陰嚢部超音波検査にて右精巣上体から精索にかけて内部不均一な腫瘍を認め、IVPにて右腎は描出されなかったため、右無機能腎評価のための内視鏡検索と精巣上体摘出術を試みた。膀胱鏡にて膀胱頸部6時に尿管口らしき開口部を認めたため、造影剤を注入したところ、右腎は骨盤部に位置し、嚢状であった。陰嚢内腫瘍は周囲との癒着が激しく、高位精巣摘除術を施行した。摘出標本は腫瘍は30×50mmで骨様で硬く、病理組織学的には膠原組織成分よりなり、炎症細胞の浸潤がみられるfibrous pseudotumorであった。fibrous pseudotumorの本邦報告例は自験例で20例目である。若干の文献的考察を加えて報告した。

Fournier's gangreneの1例：米田幸生、坂本亘、上川禎則、鶴崎清之、金卓、杉本俊門、早原信行（大阪総合医療セ）、水野貴史、辻口幸之助、今井啓介（同整形外科）、石井伴房（同内科） 症例は65歳男性。主訴は不明熱と陰嚢部の腫脹。家族歴に特記すべきことなし。既往歴として過去に糖尿病を指摘されたことあり。平成6年1月、海外旅行帰国直後より38°C程度の発熱を認め、不明熱を主訴として、同年2月1日、当院感染症内科入院となり、精査中に、会陰部に尿道に沿って圧痛顕著な硬結を認め、当科転科となる。保存的治療にて改善がみられないため、全麻下に壊死部のdebridementを施行した。創は開放創とし、肉芽形成を待って、欠損部に対して筋皮弁を用い修復術を施行した。自験例は本邦54例目と思われる。若干の文献的考察を含めて報告した。

Fournier's gangreneの1例：宗田武、小倉啓

司（洛和会音羽） 58歳男性。糖尿病を加療中、疼痛を伴った陰囊会陰部の腫脹が出現。近医を受診し、精巣上体炎の診断にて抗菌剤の投与を受けるも、改善せず、当科を紹介入院。切開にて排膿なく、悪臭を放つガスを認めたため、ただちに CT を撮影し、陰囊から会陰部にかけてのガス像を伴う膿瘍と診断した。同日、debridement を施行し、開放創とした。起炎菌

は *Peptostreptococcus* sp. であった。糖尿病の管理、抗菌剤の投与、創部の頻回の洗浄に加え、血流改善を目的として抗トロンビン剤であるアルガトロバンを使用した。経過は良好で、入院後約 5 週目に会陰形成を行い、治癒した。早期診断に CT が有用であり、また、アルガトロバンによって治癒が促進されたと考えられた。