

陰嚢内睾丸外横紋筋肉腫の1例

大阪大学医学部泌尿器科学教室（主任：園田孝夫教授）

永 野 俊 介
栗 田 孝

国立大阪病院泌尿器科（部長：荻野開作博士）

下 江 庄 司

INTRASCROTAL EXTRATESTICULAR RHABDOMYOSARCOMA :
REPORT OF A CASE

Shunsuke NAGANO and Takashi KURITA

*From the Department of Urology, Osaka University Medical School**(Chairman: Prof. T. Sonoda, M. D.)*

Shōji SHIMOE

*From the Department of Urology, Osaka National Hospital**(Chief: Dr. K. Ogino, M. D.)*

A 7-year-old boy was admitted to Osaka University Hospital on March 13, 1967, with chief complaint of progressive enlargement of the right testicle. There was no history of antecedent trauma and no fever. The general examination was essentially negative.

The left side of scrotum was normal. On the right side there was a hard, irregular, and non-tender mass. Differentiation of the testicle and the epididymis from the mass was not possible by palpation. The spermatic cord above the mass was normal.

Diagnostic study including excretory urogram and chest X-ray revealed normal. On March 15, 1967, high orchiectomy was performed.

The tumor was isolated from the testicle and the epididymis, and appeared to be originating from the tunica vaginalis.

Histopathological diagnosis was rhabdomyosarcoma.

Postoperative course was uneventful. He was started on chemotherapy (Methotrexate) on the 10th day after operation. Nine months after operation, there was an evidence of metastases to retroperitoneal lymphnodes. Radiation therapy to the metastatic site was very effective.

Seventy cases of the intrascrotal extratesticular rhabdomyosarcoma in the world literature were reviewed and discussed.

精索および睾丸鞘膜より発生する陰嚢内悪性腫瘍は、きわめてまれなものである。最近われわれは、急速に右陰嚢内容の無痛性腫脹をきたした7才の男子において、睾丸腫瘍の疑いで高位除睾術を施行したところ、腫瘍は睾丸および

副睾丸とは無関係で、睾丸鞘膜原発と考えられ、病理組織学的に横紋筋肉腫と診断された症例を経験した。更に術後1年以上におよぶ経過観察中、興味ある所見を得たのでここにその症例を報告し、あわせて若干の文献的考察を加えてみ

たい。

症 例

患者：7才の男子

初診：1967年3月11日

主訴：右陰嚢内容の無痛性腫脹

家族歴および既往歴：特記すべきことはない。

現病歴：10日前に右陰嚢内容が大きいのに気づいたが、疼痛、熱感その他の自覚症状がないために放置していた。同部位に外傷をうけたことはない。4日前より腫瘍の増大を認めたため当科を受診した。

現症：体格やや小。栄養良好。胸部および腹部には理学的所見に異常は認められない。体表面より病的リンパ節は触知されない。外陰部所見では、陰茎は包茎で、外観上陰嚢皮膚は正常で発赤も認められない。触診すると、陰嚢内容は左側では異常は認められないが、右側ではくるみ大の腫瘍が触知され、これと睪丸および副睪丸を区別することは困難である。腫瘍は皮膚とは全く正常な移動性が保たれており、弾性硬で、表面に軽度の凹凸を認め、睪丸感はない。透光性は認められない。精索は両側ともに正常である (Fig. 1)。

一般検査成績：血圧 120/60 mmHg, 血沈値 1時間値 7 mm, 2時間値 22 mm, 赤血球数 $430 \times 10^4 / \text{mm}^3$, 血色素量 80%, 白血球数 $9200 / \text{mm}^3$, 百分率は正常。血液化学所見：BUN 13 mg/dl, Na 141 mEq/L, K 5.0 mEq/L, Cl 107 mEq/L. 尿所見：外観黄色透明, 反応酸性, 蛋白および糖陰性, ウロビリノーゲン正常, 沈渣には異常は認められない。尿中 17 KS 0.6 mg/day, 17 OHCS 2.5 mg/day.

レ線所見：胸部, 腹部および骨盤部の単純レ線像には異常は認められない。排泄性腎盂レ線像においても, 両側ともに排泄は良好で異常は認められない (Fig. 2)。

診断：以上の各種検査所見より右睪丸腫瘍を疑い, 1967年3月15日右高位除睪術を行なった。

手術所見：全身麻酔のもとに, 約 7 cm の右鼠径部斜切開を加え, 右精索を露出した。

精索は遠位部に静脈の拡張がみられたが, 近位部はほぼ正常の外観を呈していた。鼠径管を開き, 精索を内鼠径輪部にて結紮切断した後, 陰嚢内容を陰嚢より剥離し, 創外に逸脱させた。剥離はきわめて容易で, 皮膚との癒着は認められなかった。陰嚢内容は鶏卵大の表面凹凸な軟骨様硬な腫瘍よりなり, 外観上睪丸および副睪丸を区別することは困難であった。そこで精索とともにこの腫瘍を摘除した後, 鼠径管を縫合し,

創部を2層に縫合して手術を終了した。

摘除標本：腫瘍は黄白色を呈し, 大きさは $4.0 \times 3.0 \times 3.0 \text{ cm}$ で, 重量は精索を含めて 18g であった (Fig. 3)。腫瘍に剖面を入れたところ, 中よりはほぼ正常の外観を呈する睪丸および副睪丸が現われ, 腫瘍とは完全に区別されていた。また, 精管も完全に追跡可能で, 腫瘍は睪丸鞘膜より発生したものと考えられた。腫瘍の剖面は光沢のある黄白色を呈し, 出血巣, 壊死巣などは認められなかった (Fig. 4)。

病理組織学的所見：標本は睪丸および精管に近接した腫瘍組織であって, 明らかな被膜は認められない。腫瘍細胞は多形性に富むが, その基本型は紡錘形である。核は葉巻型で染色質は豊富であり, 異常核分裂像も多い。これらの細胞のほかに, 原形質の好酸性が著しく, やや膨大し, その一端に核が偏在するいわゆるおたまじやくし型のものや, あるいは核が2コ以上の多核となり, それが縦にならぶ tandem type のものが認められる。構築としては alveolar type をとる部分もあるが, 一部では裸核に近い未分化な細胞と紡錘形細胞の移行もみられ, さまざまな分化程度を示している (Fig. 5 および 6)。PTAH 染色で横紋は不明であるが, 細胞の形態および構造より横紋筋肉腫と考えられる (Fig. 7)。睪丸への直接の侵襲は認められない (Fig. 8)。

病理組織学的診断：以上の所見より, 睪丸鞘膜より発生した横紋筋肉腫と診断された。

術後経過：患者の術後経過は順調で, 術後10日目より Methotrexate 2.5 mg を隔日に投与し, 術後16日目に退院した。Methotrexate 投与は術後6カ月で中止し, 経過観察していたところ, 術後8カ月目に突然右側腹部痛をきたし, 尿沈渣に赤血球が少数認められた。血液化学所見では尿酸値が 9.6 mg/dl と高値を示し, 排泄性腎盂レ線像にて右腎盂の拡大が認められた (Fig. 9)。このため1967年11月27日, 再度当科入院し, 逆行性腎盂撮影を施行したところ, 右尿管上部の偏位像が認められた (Fig. 10)。術後9カ月を過ぎる頃より, 右上腹部に腫瘍が触知されるようになり, これが次第に増大してきたため, 肉腫の転移と考え, 1968年1月16日, 国立大阪病院泌尿器科へ放射線治療を目的として転院した。ここで3カ月間にわたりコバルト照射 3000 r および Endoxan 100 mg を隔日に投与し, 術後1年目の3月16日, 腹部腫瘍も完全に消失し, 右腎の排泄も良好となったため略退院した。しかし, 退院1カ月後ふたたび腹痛および腹水の貯留をきたしたため再入院した。

腹部所見では, 今度は左上腹部に3コの腫瘍が触知

されたが、Oncovin* 0.5 mg 週1回投与にて腹水も消失し、腫瘍も縮少をきたした。術後1年5カ月を過ぎた現在、経過観察中である。

考 按

睪丸外組織より発生する陰嚢内横紋筋肉腫はきわめてまれなもので、Horn & Enterline (1958) は、各部位にみられた横紋筋肉腫39例を集録し、そのうち陰嚢内に発生をみたものを2例(5.1%)認めている。またAbell & Holtz (1963) は幼小児に見られた陰嚢内腫瘍34例を集め、うち睪丸外より発生した横紋筋肉腫が5例(14.4%)であったと述べている。更に近年、Gowing & Morgan (1964) は陰嚢内腫瘍1,115例の統計的観察を行ない、睪丸外より発生した腫瘍27例を認め、そのうちの11例(1%)が横紋筋肉腫であったと記載している。

本邦においては、梶田・福島(1962)が精索腫瘍本邦例38例を集録分類し、肉腫の3例を認めているが、明らかに横紋筋肉腫と記載された症例は認めていない。しかし、村松(1961)は睪丸部に発生した横紋筋肉腫を14例集め、詳細な病理学的検討の結果、睪丸固有部に原発したものは1例も認めなかったと述べている。

睪丸外組織より発生せる陰嚢内横紋筋肉腫の報告例は、Rokitansky (1849) が睪丸鞘膜より発生したものを報告したのが最初であって、以後 Neumann (1886)、Becker (1901) などの報告が続いている。本邦においては、平野(1918)が副睪丸に原発した横紋筋肉腫を報告したのが第1例である。われわれの集め得た範囲内では、陰嚢内睪丸外横紋筋肉腫の報告例は、欧米においては、Gowing & Morgan (1964) の11例を含めて51例を数え、本邦においては、村松(1961)の14例および自験例を加えて19例、計70例を数える。しかしながら、Gowing & Morgan (1964) の報告例は主として統計的観察であって、個々の症例の詳細が不明であり、村松(1961)の報告例は病理組織学的検討を主としており、14例中に含まれている伊藤・安藤(1951)および飯田・文入(1960)の報告例各1例を除

いて、他の12例は治療法、予後その他不明な点が多い。そこでこれらの23例を除いた47例を表示すると、Table 1のごとくである。

以下、これらの70例の報告例に関して考察を加える。

(1) 年齢分布：70例中年令不明の1例を除いて、他の69例の年齢分布は、3カ月乳児より75才にまでおよんでいるが、10才未満のものが21例(30%)、10代のものが26例(37%)である。これ、この両者で全体の3分の2を占めている。これは Holtz & Abell (1963) の報告例全例が7才以下であることや、Gowing & Morgan (1964) の統計においても11例中10例が20未満であったという事実と一致している。われわれの経験した症例も7才であった。

(2) 患側：70例中24例は患側が不明であるが、他の46例についてみると、両側にみられたものは、村松(1961)の報告例中に2例認められるのみである。他の44例は偏側性で左側20例、右側24例であり、わずかに右側が多い。自験例も右側であった。

(3) 治療法：大多数の症例が除睪術をうけており、診断確定後再発予防の目的で、あるいは転移巣に対して放射線療法、化学療法を併用している。例外的に Pearlman & MacKay (1960) の例のごとく、腫瘍のみを摘出した症例や、酒徳ら(1961)の報告例のごとく、副睪丸摘除術を施行した症例がある。Pearlman & MacKay (1960) は、横紋筋肉腫は血行性転移を示すものであるから、後腹膜腔リンパ節の郭清は不要であると述べているが、Gray & Biorn (1955) は剖検にて大動脈周囲のリンパ節転移を認め、高位除睪術とともに後腹膜腔リンパ節郭清の必要性を強調している。前者の意見に賛成するものとして Satter ら(1959)や Bhansali (1963) があり、後者に賛成するものとして酒徳ら(1961)があるが、われわれの症例においてリンパ節郭清を施行せずにいたところ、術後9カ月目に至り、後腹膜腔リンパ節に転移をきたしたことを考えると、後腹膜腔リンパ節郭清術は必要であると考えられる。また、われわれの症例において転移巣に対するコバルト照射

* Vincristine sulfate

Table 1 陰囊内睪丸外横紋筋肉腫報告例

番号	年 代	報 告 者	年令	患側	治 療 法			予 後	原 発 巣
					除睪術	放射線照射	化学療法		
1	1849	Rokitansky	18	?	+	-	-	?	睪丸鞘膜
2	1886	Neumann	3½	左	+	-	-	?	精索?
3	1901	Becker	58	右	+	-	-	術直後死亡	睪丸鞘膜
4	1918	平野	20	左	?	?	?	?	副睪丸
5	1923	Sabrazes ら	21M	右	+	-	-	7 カ月生存	精索
6	1934	Hirsch	16	右	+	-	-	9 カ月生存	精索
7	1936	Hertzog	16	左	+	-	-	?	副睪丸
8	1939	Goldstein & Casilli	62	左	+	-	-	術直後死亡	睪丸筋
9	1942	Strong	36	右	+	+	-	1 年生存	副睪丸
10	1944	Shivers	16	左	+	+	-	3 週死亡	精索
11	1950	Baurys & Morton	29	?	+	-	-	?	副睪丸
12	1951	伊藤・安藤	15	右	+	-	-	4 カ月生存	睪丸鞘膜
13	1952	Hansen ら	17	右	+	-	-	1 年生存	精索
14	1953	Cope	70	?	+	-	-	8 年生存	精索
15	1955	Gray & Biorn	4	右	+	+	+	術後1年4カ月死亡	精索
16	1955	坂口・堀江	23	右	?	?	?	4 カ月死亡	副睪丸
17	1956	Cannon ら	4½	左	+	-	-	2 年間生存	精索
18	1957	百瀬・島崎	60	右	+	+	-	?	精索
19	1957	Phelan ら	5	左	+	+	-	17 年間生存	睪丸鞘膜
20	1957	Phelan ら	6	左	+	+	-	約1年半死亡	?
21	1957	Phelan ら	7	左	+	+	-	10 カ月死亡	睪丸鞘膜
22	1958	Horn & Enterline	19	?	+	+	-	死亡(期間不明)	睪丸鞘膜
23	1958	Horn & Enterline	15	?	+	+	-	5 カ月死亡	?
24	1959	Satter ら	17	右	+	-	-	1 年生存	副睪丸
25	1959	Satter ら	75	左	+	-	-	1 年生存	精索
26	1959	Kohler & Murphy	20	右	+	+	-	6 カ月死亡	副睪丸・精索
27	1959	Kohler & Murphy	19	?	+	+	+	2 年死亡	睪丸鞘膜
28	1959	Kohler & Murphy	15	?	+	-	-	5 カ月死亡	?
29	1960	Hoffman & Baird	14	左	+	+	+	9 カ月死亡	精索
30	1960	飯田・文入	22	右	+	+	-	1 年生存	精索
31	1960	Pearlman & MacKay	43	右	腫瘍の み摘除	-	-	1 年生存	精索?
32	1961	Pinkel & Pickren	14	左	副睪丸 摘除	-	-	16 カ月死亡	?
33	1961	酒徳ら	39	左	+	+	-	1 年生存	副睪丸
34	1962	Irvine ら	3½	左	+	-	-	5 年生存	睪丸鞘膜?
35	1963	Bhansali	38	左	+	-	-	2 年生存	精索
36	1963	Holtz & Abell	3	?	+	?	?	3 年生存	睪丸鞘膜
37	1963	Holtz & Abell	3M	?	+	?	?	12 年生存	睪丸鞘膜
38	1963	Holtz & Abell	7	?	+	?	?	2 年生存	睪丸鞘膜
39	1963	Holtz & Abell	5	?	+	?	?	4 カ月生存	睪丸鞘膜
40	1963	Holtz & Abell	29M	?	+	?	?	4 カ月死亡	?
41	1964	Ravich ら	10	右	+	-	+	1 年半死亡	副睪丸?
42	1964	Miller & Sharp	16	左	+	-	-	約1年死亡	精索
43	1965	Areán & Kreager	16	右	+	-	-	1 年半死亡	睪丸鞘膜
44	1965	Areán & Kreager	19	右	+	-	+	1 年死亡	睪丸鞘膜
45	1965	Areán & Kreager	17	右	+	-	+	4 カ月死亡	副睪丸?
46	1965	Areán & Kreager	5	右	+	-	-	3 カ月半生存	睪丸鞘膜
47	1968	自験例	7	右	+	+	+	1 年5カ月生存	睪丸鞘膜

注1 Gowing & Morgan (1964) の11例および村松 (1961) の14例中伊藤・安藤 (1951) の1例および飯田・文入 (1960) の1例を除く12例は含まれていない。

注2 伊藤・安藤 (1951) の症例は木村ら (1951) の症例および村松 (1961) の第1例と同症例である。

注3 飯田・文入 (1960) の症例は村松 (1961) の第2例と同症例である。

がきわめて有効であったことは興味があり、リンパ節郭清が施行できなかった場合、コバルト照射を行なうのが良策ではないかと考える。

(4) 予後：横紋筋肉腫の予後はきわめて不良であって、Gowing & Morgan (1964) の報告では、11 例中 6 例が 1 年以内に死亡しており、3 年以上生存したのは 2 例であったと述べている。報告例中最長の生存期間を示しているのは、Phelan ら (1957) の 17 年間生存例であるが、大半は 2 年以内に死亡しているようである。なお、放射線療法および化学療法の併用の有無と予後とのあいだには、あまり関係は認められなかった。

(5) 原発部位：陰嚢内に発生する横紋筋肉腫の原発部位として、① 睪丸固有部、② 副睪丸、③ 睪丸鞘膜（傍睪丸部）および④ 挙睪筋を含む精索とが考えられるが、村松 (1961) は陰嚢内横紋筋肉腫 14 例の詳細な組織学的検討の結果、睪丸固有部に原発したという確証は得られなかったと述べている。彼の報告では、睪部原発 7 例、精索原発 3 例、副睪丸原発 1 例、および不明 3 例となっている。ここでいう睪部とは傍睪丸部に睪丸固有部を含めたものである。横紋筋肉腫は発育が早く、睪丸外に発生してもすみやかに睪丸を圧迫あるいは浸潤し、腫瘍細胞によってこれらの組織がおきかえられてしまい、原発部位が不明になることが多い。また、Prince (1942) の報告例のごとく、睪丸に発生した奇形腫の一部が横紋筋肉腫様変化を示した例も見られる。以上のような理由から、特に腫瘍が巨大な場合には、その原発部位の決定は困難であるが、われわれの集め得た 70 例中、原発部位の比較的明瞭な 41 例を原発部位別に分類すると、次のごとくである。

1. 副睪丸原発 10 例 (24.4%)
2. 精索原発 15 例 (36.6%)
3. 睪丸鞘膜原発 16 例 (39.0%)

われわれの症例は、肉眼のおよび顕微鏡的所見によって、睪丸鞘膜原発と考えられた。

(6) 病理組織学的所見：横紋筋肉腫の病理組織学的診断は、他の肉腫との鑑別が困難なことが多い。横紋像を証明できれば診断は確実で

あるが、横紋像が認められることは少なく、村松 (1961) の報告した 14 例中横紋を証明し得たのは、わずかに 3 例にすぎない。

Horn & Enterline (1958) によると、横紋筋肉腫は次の 4 種に分類される。

1. Pleomorphic rhabdomyosarcoma

この型では、細胞の基本型は紡錘形で、幅が広くて長い大型細胞が見られる。細胞質は好酸性で、核は多核で縦に並ぶものも見られる。筋線維化したものもあり、これに横紋を証明することがある。

2. Alveolar rhabdomyosarcoma

この型では、結合組織で境された蜂巢状構造がみられるのが特徴で、細胞は個々が独立している。大型細胞に横紋を認めることがある。

3. Embryonal rhabdomyosarcoma

この型では、細胞の基本型は細長い紡錘形で、単核のものが多く、円形細胞もしばしばみられ、細胞質は好酸性であるが少なく、裸核に近いものもある。横紋を認めることは少ない。

4. Botryoid rhabdomyosarcoma

この型では、細胞は小型の紡錘形で細胞質は少なく、多形性に富む。核分裂像をみることも多い。

われわれの症例は、各種の分化程度を示しており、その型を決定することはできなかった。

近年、横紋筋肉腫の報告が増加する傾向があるが、これは病理組織学的診断法の向上がその一因であると考えられる。

結 語

1. 7 才の男子に見られた睪丸鞘膜より発生したと思われる横紋筋肉腫の 1 例を報告した。

2. 睪丸外組織より発生した陰嚢内横紋筋肉腫に関して、文献的考察を加えた。

(本症例の要旨は 1967 年 7 月 8 日、大阪市で開かれた第 43 回関西地方会にて発表した。)

園田教授の御校閲を感謝する。また、学会発表時御指導いただいた故楠隆光前教授ならびに患者の治療にあたり御協力いただいた国立大阪病院小児科喜多悦子先生に感謝する。

文 献

- 1) Abell, M. R. and Holtz, F. : *Cancer*, **16** : 965, 1963.
- 2) Areán, V. M. and Kreager, J. A. : *Am. J. Clin. Path.*, **43** : 418, 1965.
- 3) Baurys, W. and Morton, W. : Quoted by Satter et al.
- 4) Becker, F. : *Virchows Arch.* **163** : 244, 1901.
- 5) Bhansali, S. K. : *Brit. J. Surg.*, **50** : 883, 1963.
- 6) Cannon, E. M., Altheide, J. P. and Allen, H. C. : *South. Med. J.*, **49** : 17, 1956.
- 7) Cope, J. C. : Quoted by Satter et al.
- 8) Goldstein, H. H. and Casilli, A. R. : *J. Urol.*, **41** : 583, 1939.
- 9) Gowing, N. F. C. and Morgan, A. D. : *Brit. J. Urol.*, **36** : Suppl. 2 : 78, 1964.
- 10) Gray, C. P. and Biorn, C. L. : *J. Urol.*, **74** : 402, 1955.
- 11) Hansen, J. L., Enos, W. F., Park, O. A. and Postel, A. H. : *U. S. Armed Forces Med. J.*, **3** : 621, 1952.
- 12) Hertzog, A. J. : *Am. J. Cancer*, **28** : 131, 1936.
- 13) 平野徳三郎 : *日泌尿会誌*, **7** : 181, 1918.
- 14) Hirsch, E. F. : *Am. J. Cancer*, **20** : 398, 1934.
- 15) Hoffman, W. W. and Baird, S. S. : *J. Urol.*, **84** : 376, 1960.
- 16) Holtz, F. and Abell, M. R. : *Cancer*, **16** : 982, 1963.
- 17) Horn, R. C., Jr. and Enterline, H. T. : *Cancer*, **11** : 181, 1958.
- 18) 飯田康衛・文入正敏 : *臨床皮泌*, **14** : 455, 1960.
- 19) Irvine, E. W., Berg, O. C. and Nelson, R. : *New Engl. J. Med.*, **266** : 994, 1962.
- 20) 伊藤庸二・安藤 弘 : *日泌尿会誌*, **42** : 335, 1951.
- 21) 梶田一之・福島 孝 : *臨床皮泌*, **16** : 25, 1962.
- 22) 木村哲二・村松一男・伊藤庸二・児玉俊策 : *癌*, **42** : 176, 1951.
- 23) Kohler, F. P. and Murphy, J. J. : *J. Urol.*, **82** : 500, 1959.
- 24) Miller, A. L., Jr. and Sharp, L. : *J. Urol.*, **91** : 273, 1964.
- 25) 百瀬剛一・島崎 淳 : *日泌尿会誌*, **48** : 399, 1957.
- 26) 村松一男 : *東京慈恵会 医科大学 雑誌*, **76** : 832, 1961.
- 27) Neumann, E. : *Virchows Arch.*, **103** : 497, 1886.
- 28) Pearlman, C. K. and MacKay, J. F. : *J. Urol.*, **83** : 303, 1960.
- 29) Phelan, J. T., Woolner, L. B. and Hayles, A. B. : *Surg. etc.*, **105** : 569, 1957.
- 30) Pinkel, D. and Pickren, J. : *J. A. M. A.*, **175** : 293, 1961.
- 31) Prince, C. L. : *J. Urol.*, **48** : 187, 1942.
- 32) Ravich, L., Lerman, P. H. and Sands, A. : *J. Urol.*, **92** : 144, 1964.
- 33) Rokitansky, K. : Quoted by Neumann.
- 34) Sabrazes, Rocher, Peyron, and Jeanneny : Quoted by Hirsch.
- 35) 坂口 弘・堀江 誠 : *臨床皮泌*, **9** : 601, 1955.
- 36) 酒徳治三郎・本郷美弥・市田文弘・佐々木 博 : *泌尿紀要*, **7** : 990, 1961.
- 37) Satter, E. J., Heidner, F. C. and Wear, J. B. : *J. Urol.*, **82** : 184, 1959.
- 38) Shivers, C. H. deT. : *J. Urol.*, **52** : 266, 1944.
- 39) Strong, G. H. : *J. Urol.*, **48** : 533, 1942.

(1968年8月1日受付)

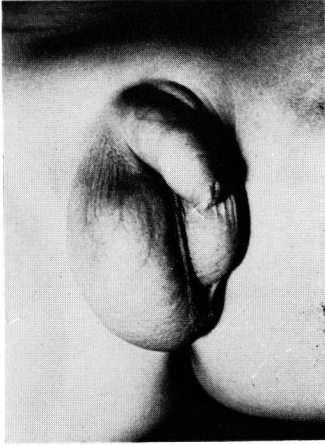


Fig. 1 外陰部所見：左側は正常であるが右側ではくるみ大の腫瘤を触知する。陰嚢皮膚には異常は認められない。

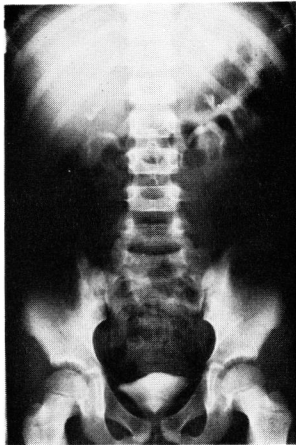


Fig. 2 排泄性腎盂撮影像（術前）：異常は認められない。

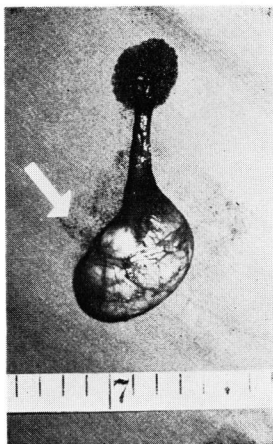


Fig. 3 摘除標本：\印が腫瘍部である。

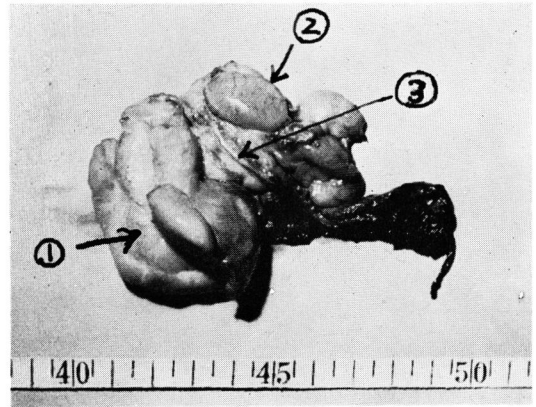


Fig. 4 剖面：①が腫瘍，②が睪丸，③が精管である。腫瘍は睪丸および精管とは完全に区別できる。

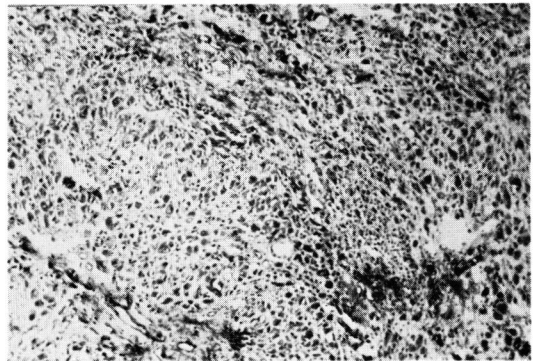


Fig. 5 病理組織所見（弱拡大）HE 染色：細胞の基本型は紡錘形で alveolar type をとる部分がある。

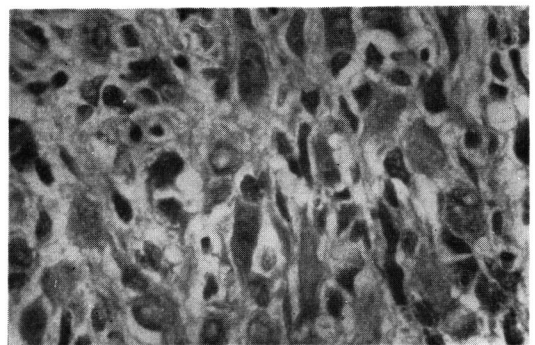


Fig. 6 病理組織所見（強拡大）HE 染色

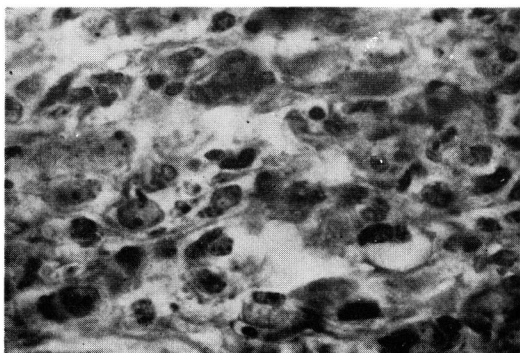


Fig. 7 病理組織所見 (PTAH 染色) : 横紋の存在は不明である.



Fig. 9 排泄性腎盂撮影像 (術後8ヵ月半) : 右側に軽度の水腎症が認められる.

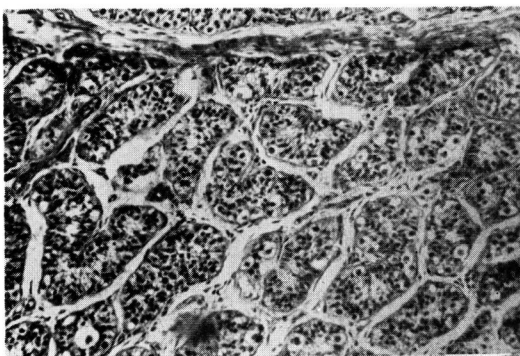


Fig. 8 睾丸部組織所見 : 睾丸組織は正常で腫瘍細胞の浸潤などは認められない.

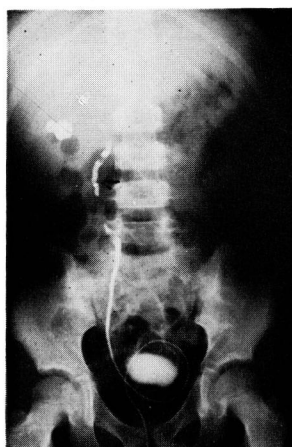


Fig. 10 逆行性腎盂撮影像 (術後9ヵ月) : 右腎盂は拡大し L_3-4 の部位にて右尿管は側方へ圧排されている (↗印).