

第211回 日本泌尿器科学会東海地方会

(2001年1月28日(土), 於 中東東京海上ビルディング)

腎細胞癌と腎盂移行上皮癌の同時同側発生の1例：青田泰博，松原広幸，吉田和彦（国立名古屋） 63歳，男性。2000年4月肉眼的血尿を主訴として某病院受診しCTにて右腎盂から腎実質に腫瘍見られ尿細胞診にてTCC G2で右腎盂腫瘍と診断され5月当科受診する。骨シンチにて多発骨転移認める。6月右腎盂腫瘍の診断のもと右腎尿管全摘膀胱部分切除術施行。摘出標本は腎上極に径3cmの境界比較的明瞭な灰白色の腫瘍と腎盂に径3cmの乳頭状腫瘍を認めた。病理検査にて右腎盂TCC G2 pTaとRCC sarcomatoid carcinoma G3 IFN γ pT3aと診断される。7月よりINF α ， γ 併用療法開始その後肝転移舌転移皮膚転移出現10月肝TAI施行10月11月と2回脳梗塞発作併発し状態悪化し12月死亡する。同時に同一側に腎細胞癌と腎盂移行上皮癌が発生することは非常に稀で自験例を含め本邦で31例が報告されている。文献の考察を含めて報告する。

同時発生した右腎細胞癌と左腎 Oncocytoma の1例：西川晃平，藤川真二，坂田裕子，長谷川嘉弘，O.E. Franco，山田泰司，吉村暢仁，梅田佳樹，黒松 功，大西毅尚，脇田利明，有馬公伸，柳川眞，川村壽一（三重大） 60歳，男性。糖尿病にて当院内科入院中，腹部CTにて右腎に径50mm，左腎に径15mmの充実性腫瘍を指摘され当科受診。血管造影で右腎下極には腫瘍性の血管新生を認めるが，左腎には特に異常を認めなかった。両側腎細胞癌の診断にて根治的右腎全摘術および左腎部分切除を行い病理診断は右腎腫瘍が乳頭状腎細胞癌 pT1bN0M0，左腎腫瘍は光顕にて豊富な好酸性細胞質を有する細胞の増生からなり，電顕では細胞質内にミトコンドリアの充満した腫瘍細胞を認め Oncocytoma と診断した。本邦における腎細胞癌と Oncocytoma の同時発生例は5例目であり，両側腎に存在した症例は自験例で2例目であった。

マイクロターゼを用いた無阻血下腎部分切除術の3例：井上貴博，林 宣男，杉村芳樹（愛知県がん） 症例は65歳，男性，47歳，女性，70歳，男性。いずれも偶然見つかった腎腫瘍で，患側は左，右，左であった。大きさは20，25，15mm大であった。腰部斜切開約10～15cmにて第12肋骨下縁から後腹膜腔に到達した。腫瘍周囲の限られた範囲の脂肪のみ剝離したのち，腎基は処理せず，腫瘍から正常組織10mmを残し，約7～10の間隔にて，モノポーラー型電極5mmのマイクロターゼ装置による凝固を施行した。出力は65W，30秒凝固，15～25秒解離とした。凝固ののち，ハーモニックスカルペルを用いて，腫瘍を切除した。切除面には生体のり（タココンブ）を貼付し，脂肪にて覆った。手術時間は131，132，157min，出血量は70，10，140mlであった。病理組織はpapillary cell carcinoma，clear cell carcinoma，papillary cell carcinomaであった。術後3日目から歩行開始し，10日目には退院した。3cm以下の腎下極に突出する外方性の腫瘍にはよい適応である術式であった。

腹腔鏡下腎部分切除術を施行した傍糸球体細胞腫の1例：平田朝彦，遠山道宣，平野篤志，吉野 能，服部良平，小野佳成，大島伸一（名古屋大） 症例は22歳，男性，咳嗽にて近医受診時，蛋白尿および高血圧を指摘。高血圧の精査目的に行われたCT，MRIで右腎下極に3cm大の腫瘍を指摘され当院紹介受診となった。血液生化学検査上，血中レニン305.5pg/mlと著明な上昇および血中アルドステロン222.7pg/mlと若干の上昇を認めたが，他に異常所見は認めなかった。治療はレニン産生腫瘍である傍糸球体細胞腫の診断で腹腔鏡下に腎部分切除術を行った。術後，血中レニンは1日で6.7pg/mlと正常化し血圧も徐々に低下を認めた。術後20日で退院し現在外来定期通院中である。

腎炎症性偽腫瘍の1例：小松 茂，吉川和暁，対馬伸晃，高橋伸也（豊橋市民） 80歳，男性。両下肢の浮腫を主訴に当院内科を受診。エコー，CTにて右腎の腫瘍を指摘され，2000年9月1日に当科受診した。血管造影検査では乏血管性の腫瘍であり，種々の画像診断でも悪性腫瘍が否定しきれず，2000年9月22日全麻下に経腹膜的右腎摘除術を施行した。摘除標本は260g，腫瘍部は径6cm，弾性硬で剖面は灰白色であった。組織学的に線維芽細胞の増生と炎症細胞浸潤があ

り，悪性像はみられなかった。病理診断は炎症性偽腫瘍であった。術後経過は良好で，2000年10月7日に当科を退院した。炎症性偽腫瘍は肺，肝での発生報告が多く，尿路では比較的少ない。本邦では文献上約30例の報告がみられており，腎では特に稀である。画像上特徴的な所見がなく，悪性腫瘍との鑑別が難しいことから，治療としてはほとんどの症例で可及的外科的切除が行われている。

左腎梗塞の1例：矢内良昌，福田勝洋，窪田裕樹，栗田成毅，阪上洋（更生病院） 症例は47歳，男性。3年前より心肥大，心房細動指摘されるも放置していた。2000年8月16日19時頃胸痛あり他院救外受診，心筋梗塞疑われ当院へ転送された。心カテ施行するも心筋梗塞は否定的で，その際左腎動脈本幹から左腎が描出されず左腎梗塞と診断した。直ちに左腎動脈にカニューレションしウロキナーゼ動脈内注入による血栓溶解療法を開始した。その後ウロキナーゼ持続静注を継続した。腎血流シンチ，造影CTで左腎下極に血流の温存を認めた。腎梗塞の治療での出血性合併症の問題は急性心筋梗塞での血栓溶解療法での投与量を超えなければ安全に行えるという報告がある。またtPAを用いることによりさらに成績が上がると予想される。しかし腎梗塞にはウロキナーゼ1日6～24万単位までしか適応がなくこの量では不十分であることがあり，今後の適応拡大が期待される。

体外衝撃波結石破砕術(ESWL)後に腎破裂をきたした1例：錦見俊徳，山田浩史，横井圭介，小林弘明，小幡浩司（名古屋第二赤十字） 症例は49歳，男性。主訴は左背部痛。左尿管結石に対しESWLを施行し，排石した既往あり。高血圧はない。今回，左腎結石に対し再度ESWL施行目的にて入院となる。結石は9×6mm大。装置はSIEMENS社製のLITHOSTARを使用し，破砕力は最大3.7kV，ESWL発数は5,000回にて行った。術後約2時間後より肉眼的血尿および左腰部痛の増強を認めた。鎮痛薬の効果乏しく，Hbが13.8g/dlより11.8g/dlへと低下したため，緊急CTを施行したところ，左腎周囲に90mm大の血腫を認めた。術後9時間でHb10.8g/dlへとさらに低下を認めたため輸血(800ml)を行った。術後48時間のCT上ではサイズの拡大なく，造影により，楔状の造影不良域を認め，左腎破裂が疑われた（日本外傷学会；腎損傷分類：II型）。その後，保存的治療にて軽快し得た。

巨大な副腎骨髄脂肪腫の1例：永田大介，戸澤啓一，黒川寛史，西原恵司，日比野充伸，伊藤恭典，安井孝周，彦坂敦也，河合憲康，郡健二郎（名古屋市学） 72歳，女性。主訴は右腹部腫瘤精査。近医，高血圧症，高脂血症にて経過観察中，肝機能異常を指摘されCT施行。右腹部に15cm大の腫瘤を認め当科紹介受診。触診にて右側腹部に小児頭大の腫瘤を触知。検査所見は軽度の肝機能異常を認めた。内分泌機能検査ではコルチゾールが上昇，デキサメサゾン試験は正常反応であった。腹部CT，腎部MRIでは肝右葉に接して15cm大の比較的境界明瞭な脂肪濃度を多く含む内部不均一な充実性腫瘤を認めた。選択的動脈造影では右下副腎動脈を主要血管とするhypovascularな腫瘍を認めた。以上より右副腎骨髄脂肪腫と診断し手術を施行。腫瘍は被膜に囲まれ，弾性軟，15cm大，重量は1,280gであった。病理組織は骨髄脂肪腫であった。

肉腫様腎孟癌の1例：佐藤滋則，内田孝典，神林知幸（磐田市立総合），谷岡書彦（同病理），鈴木和雄，藤田公生（浜松医大） 72歳，男性。2000年4月，腰痛を訴え当科初診。逆行性腎盂造影，CTなどにより左腎孟腫瘍と診断。5月に入院し，単純腎摘出術施行。固く境界不明瞭な径約7cmの非乳頭性・広基性腫瘍が上～中腎杯から腎実質へ浸潤していた。病理組織像では，未分化な紡錘形細胞がびまん性に増生した肉腫様の組織で占められ，ごく一部に移行上皮癌を認めた。免疫組織化学検査で肉腫様の部分は全体にサイトケラチンで強陽性を示し，間葉系マーカーはビメンチンのみ陽性であった。肉腫様腎孟癌と診断した。術後2カ月後に膀胱腫瘍を認めTUR-Btを施行した。病理像はTCC，G1であった。術後5カ月目に多発性肺転移が出現し死亡した。肉腫様腎孟癌は稀な疾患であり，癌肉腫を含め文献上本邦12例目であった。

腎盂尿管移行部の微小病変より尿管周囲への浸潤をきたした移行上皮癌の1例：内藤和彦，三島淳二，西山直樹，藤田民夫（名古屋記念） 59歳，男性。2000年10月下旬より右腰部痛が出現。近医にて腹部CTを行い右水腎症を指摘され当科を紹介となった。RPを行い腎盂尿管移行部の狭窄像と中部尿管に3cm大の狭窄像を認め尿管腫瘍を疑い入院となった。同年11月29日右腎尿管全摘＋膀胱部分切除術を行った。摘出標本では尿管内腔には明らかな腫瘍性病変は認めなかった。病理組織学的所見では腎盂尿管移行部の一部よりTCC>SCC，G3を認めた。腫瘍細胞は粘膜内の進展に乏しく，わずかに筋層への浸潤があった。また，他の尿管内腔には異常所見はみられなかったが尿管周囲の脂肪組織には広範に腫瘍細胞の浸潤があり，激しい脈管浸潤を認めた。術後2カ月たった現在再発転移を認めていない。尿管腫瘍でのこのような進展様式は非常に稀であると思われる。

膀胱原発小細胞癌の膀胱全摘術後に発生した左腎盂移行上皮癌の1例：上條 渉，山田芳彰，小久保公人，中村小源太，加藤慶太郎，青木重之，野々村仁志，瀧 知弘，三井健司，日比初紀，本多靖明，深津英捷（愛知医大） 49歳，女性。透析歴約4年，1999年7月23日に，膀胱原発小細胞癌にて膀胱全摘，両側尿管皮膚瘻造設術施行。主訴は尿細胞診陽性。腎臓造影にて左腎盂に37×37mm大の陰影欠損像を認めた。膀胱全摘後に発生した左腎盂癌と診断し，2000年10月13日，左腎摘術施行。病理組織は，HE染色で当初移行上皮癌の診断を得たが，われわれの検討では，小細胞癌の所見も疑われた。また免疫染色ではクロモグラニン，グリメリウス，シナプトフィジン染色陰性であった。術後3カ月現在，再発，転移を認めていない。病理学的に腎盂の腫瘍が移行上皮癌か，小細胞癌かは，未だ検討中ではあるが，このような症例は他に類がなく，貴重な症例と考えられた。

ホルミウムレーザーを用いた尿管切開術が有効であった医原性両側尿管狭窄の1例：渡部 淳，小倉啓司（浜松労災） 56歳，女性。1997年両側尿管結石に対しESWL，TULを施行したが，術直後より両側尿管狭窄を合併し両側PNS管理とされていた。尿管造影検査上，左右ともに交叉部付近に約2cmの狭窄を認めた。医原性両側尿管結石の診断のもと，2000年7月5日および7月19日にHolmium YAG laserを使用した経尿道的尿管狭窄切開術を施行した。術後は約6週間4.8Fr DJ尿管ステントカテーテルを上部尿路に留置した。術後5カ月で左側狭窄の再発を認め，再度切開術を施行したが，右側狭窄については術後6カ月が経過した現在再発を認めていない。Holmium YAG laserは軟部組織に対し切開・凝固・蒸散の作用を有し，近年endourology分野で汎用されるようになった。cold knifeによる切開に比し操作が容易であり，正確かつ十分な狭窄部切開が可能と思われる。

子宮内リングにより水腎症をきたした1例：堀 靖英，米村重則，今村哲也，文野美希，蘇 晶石，小川和彦，長谷川万里子，曾我倫久人，脇田利明，山川謙輔，有馬公伸，柳川 眞，川村壽一（三重大） 62歳，女性。2000年5月初旬より左腰部部痛を認めたため当科入院。左逆行性腎盂尿管造影にて下部尿管に約3cmの狭窄像を認め同部位を生検したが，悪性所見は認めなかった。CTおよびMRI所見からは骨盤内の炎症性疾患が最も疑われたが，悪性疾患を否定できなかったため，子宮全摘術・両側付属器切除術を施行。左腎がほぼ無機能であったため左腎尿管も摘除した。摘出された子宮内には直径約2cmの子宮内リングが認められた。子宮内リングの長期装着による炎症が子宮広間膜を介して尿管へ波及し，尿管狭窄を生じたと考えられた。子宮内リングに起因する尿管狭窄は文献上本邦3例目であった。

膀胱原発性 Osteosarcoma の1例：有馬 聡，桑原勝孝，白木良一，小林康宏，石川清仁，泉谷正伸，星長清隆（藤田衛術大） 症例は75歳，男性。1992年3月に膀胱腫瘍にてTUR-BT施行。組織診断はTCC，G2>G1，pT1aであった。その後BCG療法7回施行。膀胱鏡検査で再発を認めず，以後自己判断にて来院しなくなった。2000年7月24日より下腹部痛肉眼的血尿を認め当院泌尿器科を受診した。膀胱鏡で左側壁に5cm大のnon-papillary tumorを認めた。発生部位は前回と同じであった。膀胱腫瘍の再発を疑い二度の生検を施行したが，二度とも組織診断は炎症性偽腫瘍であった。偽腫瘍の診断のもと9月20日に膀胱部分切除術を施行した。組織診断は膀胱原発のosteosarcomaであった。その後化学療法を施行したが効果もなく，副作用が強いと中止とした。術後1カ月ですでに再発を認め，術後

2カ月で急速に腫瘍の増大，肺転移を認めた。術後115日目に死亡した。

腎細胞癌膀胱転移の1例：田中篤史，岡本典子，佐井雄一，津村芳雄（刈谷総合） 症例，65歳，男性。1993年，右腎細胞癌にて腎摘出術施行。1999年10月より尿潜血出現，2000年7月膀胱鏡検査にて膀胱内に基底性隆起病変を認めたため8月1日TUR-Bt施行した。病理組織は腎細胞癌の像と一致し，腎細胞癌膀胱転移と考えられた。胸部CTにて肺転移を多数認めたため，現在外来にて，インターフェロン療法中である。腎細胞癌の膀胱転移の報告では腎細胞癌の発見から，膀胱転移の診断までの期間は同時期4例，1年目3例，3年目2例，4年以上4例と長期間を経てからの転移症例も多く，治療は部分切除，TURが行われている。病理組織は不明の症例を除き，すべてclear cell typeであった。腎細胞癌は腎摘除後数年から十数年経過した後には転移をきたした症例もあり長期間にわたる注意深い経過観察が必要と思われる。

膀胱平滑筋腫の1例：大堀 賢，田中一矢，西川英二（名古屋掖済会），深津英捷（愛知医大） 症例は42歳，女性。排尿困難を主訴に当科受診。膀胱鏡検査で膀胱頸部6時に表面平滑な約4cm大の隆起性病変を認めた。経膈超音波検査では，膀胱頸部に境界明瞭で内部やや不均一な低エコー腫瘤を認めた。CTでは膀胱頸部から内腔に突出する4×4×3cm大の腫瘤で，内部は比較的均一なlow densityであった。MRIではT1，T2強調画像ともに腫瘍内部は低信号を示した。経尿道的生検にて，平滑筋組織を認め，悪性像は認めなかった。さらに画像診断上も平滑筋腫と矛盾する所見がみられなかったため，膀胱平滑筋腫と診断し，TURを施行した。切除切片の断面は白色で均一。充実性で切除重量は35gであった。病理組織学的には平滑筋腫であった。TUR後，排尿困難は改善した。本症例のごとく，TURを施行した症例は大部分が粘膜下型の比較的小さな腫瘍であるが，TURによる残存腫瘍の再発例もあり，今後も経過観察が必要と思われる。

ステロイドが奏効したBCG膀胱内注入療法後萎縮膀胱の1例：木村恭祐，松浦 治，磯部安朗，弓場 宏，上平 修，近藤厚生（小牧市民） 59歳，男性。3回のTUR-Bt（TCC G2以下）後，2000年10月7日よりBCG膀胱内注入療法を施行。BCGはTokyo 172株を用い80mgを5回，6回目より膀胱刺激症状強く40mgに減量し計8回施行した。8回目注入直後より頻尿，排尿時痛，残尿感などが増悪し1回排尿量も15～30mlと激減し同年11月25日入院となった。対症療法が奏効せずソルメドロール0.5gを3日間とプレドニンを維持投与した以後症状の改善を認めた。BCG膀胱内注入療法で萎縮膀胱を起す頻度は0.2～3.3%と稀ではあるが膀胱刺激症状が強く膀胱が萎縮傾向にある場合には萎縮膀胱が完成する前の早期にステロイドを投与することが有効と思われる。

S状結腸膀胱瘻の1例：小島由城経（菰野厚生），林祐太郎，戸澤啓一（名古屋市大） 72歳，男性。2000年8月30日発熱，下腹部痛，悪心，嘔吐にて31日近医で点滴，抗生剤の治療を受けた後9月1日より排尿時痛，気尿，糞尿を生じ9月6日当初初診。尿細胞診はclass 2，尿培養にてEnterococcus faecalisが検出された。膀胱鏡では頂部左側に浮腫性腫瘤を認め，生検で悪性所見を認めなかった。注腸造影でS状結腸に多発する憩室を認め，膀胱造影でも明らかな結腸膀胱瘻は描出されなかったが，注腸2時間後KUBで造影剤の膀胱への流入を認め，骨盤CT像，MRIにてS状結腸憩室炎によるS状結腸膀胱瘻と診断し，10月11日S状結腸切除術＋膀胱部分切除術を施行した。経過良好で術後3カ月現在，頻尿も認めていない。膀胱腸瘻における各種画像診断のそれぞれの特徴について若干の文献的考察を加え報告した。

再発性膀胱自然破裂の1例：萩原徳康，西田泰幸，藤本佳則，磯貝和俊（大垣市民） 症例は40歳，女性。1989年に子宮頸癌にて広汎子宮全摘術，放射線療法施行。1998年10月に発熱，腹痛にて受診し尿閉，腹水，軽度クレアチニン上昇にて当科に紹介された。膀胱造影にて造影剤の溢流，膀胱鏡にて頂部に約5mmの亀裂部位を認めた。神経因性膀胱と放射線性膀胱炎による膀胱破裂と診断した。カテーテルを留置し保存的治療にて軽快した。自己導尿を指導し退院。2000年8月に再発し同様の保存的治療にて軽快した。自己導尿に加え夜間カ

テーテルを留置している。再発性膀胱自然破裂症例は自験例も含め12例報告されている。全例女性であり子宮癌にて子宮全摘術、放射線療法が施行されていた。初回破裂までの期間は平均9.5年、破裂回数は2.8回であった。保存的治療あるいは膀胱を温存した外科的治療を施行しても再発の可能性があり、治療後の排尿管理が重要と考えられた。

PSA 正常で肺転移、骨転移を認めた前立腺癌の1例：森紳太郎，石川清仁，有馬 聡，伊藤 徹，佐々木ひと美，小林康宏，桑原勝孝，泉谷正伸，白木良一，星長清隆（藤田保衛大） 症例は71歳，男性，前立腺肥大症の経過観察中尿閉にて当科入院。入院直前の血清 PSA 値は 2.0 ng/ml，TRUS では前立腺体積は 41.0 cm³。膀胱鏡にて fibrotic tissue を括約筋前方に認め経尿道的に切除した。病理結果が adenocarcinoma であったため前立腺針生検施行したところ adenocarcinoma moderately から poorly differentiated を認めた。骨シンチで腸骨への転移を認め stage D2 であった。組織は PSA 特殊染色，クロモグラニン A 染色が陰性を示し neuroendocrine differentiation との関与は否定的であった。患者は臨床的に再燃症状を認めるものの血清 PSA 値は診断確定後1年6か月経った現在まで正常範囲以内で推移している。PSA 正常で全身骨転移，肺転移を認めた進行性前立腺癌の1例を計ったので報告した。

Steroid 療法が奏効した再燃前立腺癌の1例：佐藤 崇，永田仁夫，海野智之，永江浩史，麦谷莊一（聖隷三方原），鈴木和雄，藤田公生（浜松医大） 症例は72歳，男。主訴は骨転移による腰痛。1994年，前立腺癌 stage D₂ と診断。以後 LH-RH アナログにて制癌。1997年，PSA 上昇，骨転移増悪，肝転移出現を認め，再燃と診断。各種内分泌化学療法施行も無効。骨痛も悪化したため2000年4月，LH-RH アナログに加えベタメタゾン 1.5 mg/day の Steroid 少量経口投与を開始。開始後2か月で血清 PSA，ALP は劇的に低下。4か月で骨痛は完全に消失。8か月後の腹部 CT，骨シンチでは肝転移，骨転移ともに縮小。8か月で PSA は480から 4.8 ng/ml まで，ALP は9,367から 390 IU/l まで低下。近年，再燃前立腺癌に対するステロイド少量経口投与の報告が散見され，有効率50～60%，奏効期間1～2年とされている。再燃前立腺癌内分泌化学療法無効例に対して Steroid 少量経口投与は試みる価値があると思われた。

前立腺原発悪性リンパ腫の1例：鈴木泰介，平野恭弘，影山慎二，牛山知己，鈴木和雄，藤田公生（浜松医大） 症例は49歳，男性。頻尿と肉眼的血尿を主訴に受診。PSA 13.8 と上昇を認めたため前立腺生検を施行し，B-cell lymphoma と診断された。骨髓穿刺で，骨髓内にリンパ腫細胞を認めず，CT・MRI で腹部・骨盤部リンパ節や肝・脾にリンパ腫を疑わせる所見はなく，前立腺原発悪性リンパ腫と診断し，2000年6月より CHOP 療法を5クール施行。施行後の前立腺生検ではリンパ腫細胞を認めなかったが，病変の再燃・再発を防ぐ目的で腹腔鏡下に前立腺全摘除術を施行。摘出組織には残存リンパ腫細胞を認めなかった。現在，外来で経過観察中であるが，特に再発病変を認めていない。本症例は，前立腺が原発のものとしては，本邦20例目の症例と考えられた。

前立腺肥大症に対する永久留置尿道ステント（Urolume®）の使用経験：三輪好生，仲野正博，蟹本雄右（掛川市立総合） 尿閉または排尿困難を主訴とする poor risk 症例43例に対し永久留置型尿道ステントを使用し，その有用性を検討した。適応症例は，手術が不可能な症例，手術拒否症例，高齢者であった。方法は，当日入院にて尿道粘膜麻酔単独または仙骨麻酔を併用し，透視下で留置装置を用いて留置した。治療効果の評価として尿流量検査，エコーによる残尿量測定を留置前後で行った。尿閉例では全例が自排尿可能となったが，非尿閉例では最大尿流量率の変化において無効例が4例あった。総合評価の無効例3例はステントの移動，ステントの長さの不足，膀胱機能の低下が原因と思われた。退院後早期に認めた合併症は尿失禁が19例と多かったがいずれも軽度であった。poor risk の尿閉例には有用性は高いといえるが，非尿閉例ではさらなる適応の選択が必要と思われた。

同時発生した両側精巣セミノーマの1例：川西博晃，吉田 徹，佐々木美晴（静岡市立） 31歳，男性。2000年10月，右陰囊内容の無痛性腫脹にて受診。右精巣は手拳大に腫大し弾性硬であった。左精巣にも弾性硬の腫瘍を触知した。腫瘍マーカーは AFP 正常， β -hCG

は 0.4 ng/ml と上昇していた。超音波検査では右精巣は全体が内部不均一な腫瘍で占められ，左精巣は一部正常と思われる部位があるものの大部分は腫瘍で占められていた。転移所見はみられず，両側精巣腫瘍（TINOM0，stage 1）と診断し，両側高位精巣摘除術を行った。左側に対しては部分切除も考えたが，正常と思われる部位がわずかで精巣温存をはかることは不可能で精巣摘除を行った。両側とも病理組織診断は定型的セミノーマであった。術後，予防的放射線照射を傍腹部大動脈領域，両側腸骨動脈領域に計 25.6 Gy 行い，エンアント酸テストステロン 250 mg 筋注/4 wk を行っている。

化学療法施行中に新たに肝に占拠性病変を認めた精巣腫瘍の1例：守山洋司，横井繁明，伊藤慎一，西野好則，江原英俊，山本直樹，高橋義人，出口 隆（岐阜大），下川邦泰（同病理部），鷹尾博司（同第2外科），斎藤昭弘，増栄成泰（中濃） 症例は45歳，男性。右陰囊腫大を自覚し，1999年4月10日近医受診。臨床病期 IIA の右精巣腫瘍と診断し，1999年4月28日，右高位精巣摘除術を施行。術後，抗癌化学療法を2コース施行にて PR を得た。しかし，AFP の低下が不十分であったため，1999年7月30日，当科紹介入院。当科にて1999年10月24日より，CBDCA，IFO，VP-16 を用い化学療法を開始した。経過中に肝に占拠性病変を認めた。画像上，肝転移あるいは肝膿瘍を疑い，肝生検を施行したが確定診断は得られず。化学療法後，肝部分切除を行い，術中迅速病理で膿瘍の痕跡であることを確認の上 RPLND を施行。化学療法中に出現した肝の占拠性病変の診断に苦慮したので報告した。

精巣白膜に発生したアデノマトイド腫瘍の1例：木村 亨，辻 克和，野尻佳克，山本茂樹，古川 亨，田中國晃，網川常郎（社保中央） 症例は63歳，男性。左陰囊部圧痛を主訴に来院。左陰囊内に圧痛著明な固い腫瘍を触知。腫瘍マーカーは陰性であったが，保存的治療に反応なく，症状強いため，局麻下に左高位精巣摘除術を施行した。摘出標本は径約 1 cm，白色充実性，弾性硬の腫瘍であった。病理組織・免疫染色の所見から精巣白膜に発生したアデノマトイド腫瘍と診断された。この自験例に過去の報告例を加えた137例のアデノマトイド腫瘍について若干の文献的考察を行った。アデノマトイド腫瘍の発生部位は，精巣上位が7割以上を占め，精巣白膜は比較的稀であった。精巣アデノマトイド腫瘍は，80代を中心とした若年者に多く，左右差は左にやや多かった。施行術式としては，精巣摘除術が最多であったが，可能ならば腫瘍摘出術が望ましいと思われた。

不妊を機に発見された精巣 Leydig 細胞腫の1例：市野 学，柳岡正範，置塩則彦（静岡赤十字） 症例は31歳，男性。2000年6月3日不妊を主訴に当院産婦人科を受診。無精子症のため同年8月5日に当科に紹介受診となる。左精巣は鶏卵大で表面は不整で，無痛性の硬結を認め，右精巣は母指頭大に萎縮していた。陰部，乳房など外観は正常。血清ホルモン値，腫瘍マーカー値は正常範囲内，染色体検査は 46XY 正常男性型であった。左精巣腫瘍と右萎縮精巣の診断にて2000年8月8日左高位精巣摘除術および右精巣生検を施行した。腫瘍の大きさは 35×60 mm，病理組織学的所見は悪性 Leydig 細胞腫であり，対側の精巣は aspermatogenesis であった。画像診断で転移を認めなかったため，精巣腫瘍 stage 1 と判断し，8月17日の退院後，外来でのサーベイランスとなった。一般的に Leydig 細胞腫は悪性の鑑別は困難であるが，本症例は悪性であると考えられた。

SRV 陰性 XX male の5例：小島祥敬，林祐太郎，成山泰道，広瀬真仁，宇田晶子，窪田泰江，浅井伸章，最上美保子，池内隆人，郡健二郎（名古屋市大），水野健太郎，平尾憲昭（厚生連加茂） XX male 5例を経験し，4例は外陰部異常（3例は尿道下裂，1例は屈曲陰茎），1例は不妊症を主訴に来院した。全例 SRV 陰性であり，SRV に依存しない性の決定機構が存在するものと思われた。4例の成人期における精巣は未発達で，第二次性徴においてテストステロンの急激な上昇を認めたが，いわゆる高ゴナドトロピン性性腺低下症を示した。組織学的には，小児期は正常精巣組織との判別は困難であったが，思春期前になってもほとんど精子形成細胞を認めなかった。成人例4例のうち，3例については性機能が正常と思われたが，そのうち1例については内性器の異常によると思われる射精障害を認めた。

女性腹圧性尿失禁に対する FemiScan による biofeedback 療法の臨床的検討：吉川羊子，松沼 寛，深津顕俊，加藤真史，後藤百万，

小野佳成, 大島伸一 (名古屋大) 2000年3月より7例の女性腹圧性尿失禁症例 (52~77歳: 平均62.8歳) に biofeedback 法による骨盤底筋訓練を施行した。60分間尿失禁定量テストは平均 3.2 g で6例は切迫性尿失禁を合併していた。訓練は FemiScan によって、5秒間最大収縮持続8回3セットと2秒以内の瞬間収縮10回2セットの組み合わせにより2カ月間に6~8回の通院で指導・訓練を行った。筋電位の測定値と、年齢および失禁の頻度・程度に相関する傾向は認められなかった。7例中5例は尿失禁が消失し、切迫感と切迫性尿失禁は6例ですべて消失した。本法は腹圧性尿失禁の理学療法として有用である。

多房性陰嚢水腫の2例: 瀧田 徹, 成島雅博, 下地敏雄 (名鉄) 症例1は61歳, 男性, (左) 陰嚢部腫大で当科受診しエコー検査の所見は多房性陰嚢水腫であった。症例2は60歳, 男性で前症例と同じく, (左) 陰嚢部が腫大しており, 超音波検査で多房性陰嚢水腫の所見を認めた。2例とも患側の精巣は正常と思われた。両症例ともに陰嚢水腫根治術が施行された。症例1は精液瘤を, 症例2は精索水腫を伴っていたが, 主体は一層の中皮細胞で囲まれた嚢胞であり病理組織学的には陰嚢水腫と診断された。

女子尿道癌の1例: 早川隆啓, 斉藤文男, 三矢英輔, 小島宗門 (名古屋泌尿器科病院), 早瀬喜正 (丸善ビルクリニック) 71歳, 女性。2000年7月, 尿閉にて当院受診。経膣触診上, 尿道は柔軟で, やや不整, 圧痛, 腫大を認めた。TRUS および CT では, 径 37×50 mm の腫瘍が尿道周囲を取り巻き, 辺縁に壊死部を認めた。超音波ガイド下尿道生検の結果, 未分化癌 (TCC 疑い), T3N0M0, stage C3 (Grabstald の分類) と診断。予後不良と判断し, 患者からの尿道機能温存の希望もあり1回2 Gy 60回合計 120 Gy の放射線治療施行した。照射終了2カ月後の CT にて腫瘍体積は42.6%縮小し, 現在, 自排尿可能で外来通院中である。診断が困難で予後不良とされている女子尿道癌に対し, TRUS, CT が診断に有用で, 放射線治療が有効

であった女子尿道癌の1例を経験した。

尿道結石が誘因となった外陰部皮下膿瘍の1例: 古橋憲一, 高士宗久 (碧南市民) 64歳, 男性。2000年9月9日に発熱, 排尿困難, 排尿痛, 外陰部腫脹を主訴に当科を受診。陰茎根部が腫脹し, 尿道より膿を排出していた。尿道カテーテル留置は困難であった。骨盤単純撮影にて尿道部に 34×32 mm の石灰化を認め, 尿道結石と診断した。9月11日に陰茎根部を切開しドレナージすると, 皮下に膿瘍を形成し結石が尿道を穿孔していた。9月12日に尿道切石術を施行した。結石を摘出後, 尿道粘膜を縫合し皮膚は開放創とした。結石は, 60×30×20 mm で重量は 31 g であった。結石分析は, リン酸カルシウム68%, 炭酸カルシウム32%であった。その後しばらく経過を見ていたが, 尿道の一部に瘻孔を認めた。10月13日に尿道皮膚瘻閉鎖術を施行後, 経過良好にて本疾患は治癒した。尿流量測定は, 最大尿流量率 35 ml/sec と改善した。文献上, 尿道結石としては最も大きい物の1つであった。

治療に難渋した医原性尿道損傷の1例: 吉川和暁, 対馬伸晃, 小松茂, 高橋伸也 (豊橋市民), 斉藤英樹 (鷹揚郷青森) 70歳, 男性。前医にて BPH に対し, 凍結療法後陰茎根部に膿瘍形成。排膿後尿道皮膚瘻および尿閉にて当科紹介となる。膜様部尿道は挫滅が強く, 尿道形成術・バルン拡張術・定期的ブジーが奏功せず, 瘻孔と狭窄の再発をくり返した。受傷19カ月目, 経直腸超音波下腔内穿刺法による挫滅部を可及的に避けた新ルート作成後, 瘻孔は改善した。再発する狭窄に対しては金属ブジー・尿道切開術・バルン拡張術を定期的に施行するも改善しなかった。受傷31カ月目, 形状記憶合金製尿道ステントを狭窄部に挿入した結果良好な排尿状態を得た (MFR 29 ml/s)。本症例は, 挫滅により括約筋機能が期待できないためあえて, その部にステントを留置したが, 幸いにも膀胱頸部および前立腺が温存されており, その後の尿失禁はほとんど現れなかった。