

学会抄録

第181回 日本泌尿器科学会関西地方会

(2002年12月7日(土), 於 全日空ゲートタワーホテル)

特発性右副腎血腫の1例：今村正明, 高田 聡, 石戸谷哲, 前田純宏, 奥村和弘(天理よろづ), 松村善昭(医真会八尾), 寺地敏郎(東海大) 71歳, 男性。糖尿病性腎症にて無尿で週3回人工透析中。1986年糖尿病の精査目的の超音波検査にて, 偶然に径2.5 cmの右副腎腫瘍を指摘。内分泌検査は正常で, 内分泌非機能性腫瘍として経過観察されていた。2001年4月の超音波検査にて径4.5 cmに増大し, 精査加療目的に当科受診。血圧200 mmHg以上の高血圧認め, 内分泌検査行ってもノルアドレナリンの軽度上昇のみ認めた。MRIではT1強調画像では低信号で内部は高信号, T2強調画像では高信号で内部は低信号であった。褐色細胞腫を疑い, 2001年5月16日に腹腔鏡下右副腎摘除術を施行。病理組織診断は副腎血腫であり, それ以外には正常の副腎組織を認めるのみであった。外傷などの出血の要因なく, 特発性右副腎血腫と診断した。現在術後1年7カ月, 近医で人工透析継続中である。

巨大副腎腫瘍 (Oncocytic adrenal cortical carcinoma) の1例：熊野晶文, 田中一志, 土橋正樹, 吉行一馬, 原 勲, 藤澤正人, 川端岳, 岡田 弘, 荒川創一, 守殿貞夫(神戸大) 54歳, 男性。2001年11月頃から右背部痛自覚。エコー・CTにて右腎部に17 cmの腫瘍を指摘されたため当院受診。種々の画像診断にて右副腎腫瘍を疑い, 右副腎・腎合併切除術を施行した。摘除標本は, 腎臓を含め重量3,080 g, 大きさは28×19×7 cmであった。病理所見よりOncocytic adrenal cortical carcinomaと診断した。術前胸部CTにて, 転移を疑う数mmの小結節を認めていたが, 術後5カ月経った現在でもサイズ変化はほとんど認めておらず, 他の再発なども認めていない。Oncocytic adrenal cortical carcinomaの診断基準については現在でも議論されているところであるが, 自験例は腫瘍の大きさや病理所見から, 悪性の範疇に入ると考えられた。

意識消失発作を契機に発見された ACTH 産生褐色細胞腫の1例：谷川 剛, 植田知博, 中村吉宏, 細見昌弘, 清原久和(市立豊中), 西原彰浩(同内科), 吉岡 巖(大手前) 55歳, 女性。2002年3月17日, 入浴後突然意識消失し, 全身性強直性痙攣出現。近医に救急搬送された。搬送時, 頭部CT異常なく, 高血糖, 高血圧, 低カリウム血症, 肝腎機能異常を認めた。3月29日原因精査のため当院内科転院となった。内分泌学的検査にて血中, 尿中のコルチゾール, カテコラミン, ACTHの上昇, 腹部CTにて右副腎に径4 cmの腫瘍を認めた。褐色細胞腫が疑われ泌尿器科共観となり, 入院後併発した重症感染症の軽減を待ち同年5月7日副腎摘除術施行。肉眼的には副腎髄質が腫大, 病理学的にはクロモグラニン染色陽性, ACTH免疫染色陽性でACTH産生褐色細胞腫と診断された。術後7カ月の現在, ホルモンも正常化し経過良好である。以上若干の文献的考察を加え報告する。

術後13年目に再発を来した悪性褐色細胞腫の1例：向井雅俊, 中川勝弘, 植村元秀, 菅野展史, 西村健作, 三好 進(大阪労災), 吉川 澄(同外科), 吉田恭太郎, 川野 潔(同病理) 62歳, 男性。1987年5月に褐色細胞腫の診断にて右副腎摘除術を施行。2000年12月, 右腎上極および肝に腫瘍を認め, 右腎摘除術および肝亜区域切除術を施行した。組織学的診断は褐色細胞腫の腎, 肝, 腎門部リンパ節転移であり, 悪性褐色細胞腫と診断した。2001年2月, 背部痛, 下肢の知覚・運動麻痺, 膀胱直腸障害が出現し, 第二胸椎への骨転移を認めた。同部位に計30 Gyの放射線療法を施行。続いてサイクロホスファミド, ビンクリスチン, ダカルバジンによるCVD療法を計10コース施行した。転移巣は画像上縮小し, 膀胱直腸障害は消失, 下肢麻痺は杖歩行可能なまで改善した。現在治療継続中である。

神経節細胞腫を合併した褐色細胞腫の1例：松村善昭, 河田陽一, 岩井哲雄(医真会八尾), 若狹研一, 八幡朋子(大阪市大病理) 63歳, 男性。検診で左腎上極に腫瘍を指摘され近医受診。CTで3 cm

大の左副腎腫瘍を認め当科紹介受診。尿中VMAと尿中メタネフリンの上昇, ¹³¹I-MIBGシンチで左副腎と一致する部位に著明な集積亢進を認め, 無症候性の褐色細胞腫を疑い左副腎全摘術を施行した。摘出標本では正常副腎に連続して径3 cm大の腫瘍を認め断面で灰白色の部位と褐色の部位に明瞭に分かれていた。病理診断は灰白色の部位は神経節細胞腫の所見を呈し, 褐色部は褐色細胞腫の所見を呈していた。褐色細胞腫と神経節細胞腫の混合腫瘍は稀で, 自験例は本邦9例目の報告であった。これまでの報告例からみると混合腫瘍は褐色細胞腫全体と比較して臨床症状に乏しかった。

下大静脈背側に発生したパラガングリオーマの1例：北村 健, 赤尾利弥, 西村昌則(音羽), 塩山力也(福井医大), 兼高明生(矢倉診療所) 症例は74歳の女性。腹痛時に近医で精査, 腹部CTにて偶然下大静脈背側の腫瘍が見つかり精査加療目的で当科紹介受診となる。既往歴は高血圧, 狭心症, 糖尿病など。MIBGシンチにて腫瘍に取り込み, 血中尿中のノルアドレナリン軽度上昇を認め, 異所性褐色細胞腫の診断にて腫瘍摘出術施行。全身硬膜外麻酔にて右シェブロン切開にて開腹摘出施行。Kocher方にてアプローチし肝臓も脱転した。腫瘍は腎静脈のやや頭側の下大静脈背側に位置し腫瘍からは易出血性であった。病理診断では, 神経内分泌マーカー染色陽性, 明らかな脈管浸潤なく, ニューロペプチド染色陰性のパラガングリオーマであった。術後経過良好で再発徴候はない。循環動態の術前後の大きな変動はなかった。

下大静脈腫瘍血栓を有した巨大左副腎癌の1例：寺尾秀治, 原口貴裕, 井上隆朗, 島谷 昇(関西労災), 玉田 博(県立柏原) 33歳, 女性。心窩部痛を主訴に当院内科受診。血液検査ではLDH, レニン, ルドステロン, コルチゾールの軽度上昇を認め, CT, MRIでは左腎上極に下大静脈腫瘍血栓を伴う径15 cm大の腫瘍を認めた。左腎との境界は明瞭で血管造影では主な栄養血管は中副腎動脈であった。左副腎癌の診断のもとに2001年3月に全麻下, 経腹的に左副腎腫瘍摘出, 左腎合併切除, ならびに下大静脈腫瘍血栓摘出術を施行した。手術時間は4時間5分, 出血量は1,700 ml, 摘出標本は重量7,200 g(左腎含む)であった。術後1カ月でリンパ節転移を認めたため, シスプラチンとエトポシドを用いた抗癌化学療法を2クール施行した。その後肝, 骨転移を認め術後14カ月で死亡した。

腎細胞癌と鑑別が困難であった腎のう胞の1例：森山泰成, 西川徹, 土居 淳(市立泉佐野) 75歳, 男性。胆石にて他院で経過中であったが手術適応の有無のため2000年7月31日当院外科受診。CTで左腎下極に石灰化, 壁肥厚を伴うのう胞性病変を指摘され8月1日当科受診。既往歴として66歳時に左腎のう胞穿刺を他院で受けた。のう胞内容は黄色透明, 750 ml, 細胞診は陰性とのことであった。画像診断ではBosniak分類の3型に相当し, 腎細胞癌も否定できず十分な説明のうえ9月18日入院。9月20日全身麻酔下に経腰の左腎部分切除施行。病理診断は硝子化を伴う厚い繊維性の壁を持つのがう胞であった。本症例は9年前にのう胞穿刺を受けそれによる変化も推測されるが穿刺後の変化に関する検討もなく, 術前診断に難渋した。のう胞穿刺後の経過観察の必要性を感じた。

嚢胞随伴性腎細胞癌の3例：南 幸, 原 靖, 梶川博司, 片岡喜代徳(泉大津市立), 茶谷恭子(同中央検査), 富田裕彦(大阪大病理病態) 症例1: 59歳, 男性。症例2: 55歳, 男性。症例3: 61歳, 男性。主訴は3症例とも嚢胞性腫瘍の精査であった。症例2は他院にて両側嚢胞穿刺術施行しており初診時に多発肺転移を認めた。3症例に対しエコー・造影CT, 血管造影を施行し嚢胞随伴性腎細胞癌と診断し, 根治的腎摘除術施行した。病理診断では症例1は繊維性被膜に接して悪性細胞を認めclear cell typeであり, 症例2は肉腫成分を主体としmixed clear cell typeであり, 症例3は嚢胞壁に悪性細胞を認めclear cell typeであった。良性腎嚢胞との鑑別において, 造影CT

で嚢胞壁に肥厚や不整所見を認めるが悪性と断定しがたい場合にカラードップラーエコーや血管造影にて総合的評価を行うことが診断に有用であった。

腎被膜下出血をきたした嚢胞状腎淡明細胞癌の1例：清水信貴，永野哲郎，江左篤宣（NTT 大阪） 53歳，男性。既往歴：1994年右腎嚢胞を指摘。2000年9月右側腹部痛が誘因なく突然に出現。腹部CTにて右腎上極に嚢胞状病変および血腫を認めた。保存的治療で経過観察していたが，2カ月後のCTにて血腫は消失したが，嚢胞壁に結節性高吸収域があり，血管造影にても一部造影がみられたため，悪性腫瘍を否定できず2001年1月经腹的に右腎摘除術を施行した。摘出標本は，重量1,635g，嚢胞壁内腔に突出する多発腫瘍を認めた。被膜下出血の原因は一部の嚢胞内腫瘍の自然破裂と考えられた。病理診断は腎淡明細胞癌であった。術後はほぼ2年を経過し，再発，転移はなく生存中である。

若年性腎細胞癌の1例：氏平玲美，小山耕平，右梅貴信，丸山榮勲，坂元 武，勝岡洋治（大阪医大） 28歳，男性。主訴は肉眼的血尿である。20歳のときから健康診断にて尿潜血を指摘されていたが放置していた。今年の健康診断で腹部エコー上，右腎腫瘍が疑われ，精査加療目的にて当科を紹介された。精査の結果，1) CT：右腎上極に径4cmの内部不均一に造影される境界明瞭な腫瘤陰影（+），2) MRI：dynamic-studyで早期濃染像を示す腫瘤（+），3) Angiography：CT，MRIと同部位に腫瘍濃染像（+）を認めRCCが強く疑われた。術中迅速病理にてRCCの診断の下，経腹的右腎摘除術を施行した。病理組織診断はRCC，clear cell carcinoma，G2，INF- α ，v（-），pT1aであった。現在外来にて経過観察中である。

腎摘後22年目に孤立性肺転移を来した腎細胞癌の1例：岩井友明，野村広徳，吉田直正，杉村一誠，仲谷達也（大阪市大），石川哲郎（同第一外科） 75歳，男性。1980年左腎細胞癌に対し腎摘除術施行。病理診断はclear cell carcinoma，G2，INF α ，V（-）であった。2002年3月全身倦怠感自覚。膝部部に径約3cmの造影CTにて濃染，MRIではT1にて低信号域，T2にて高信号域，Gdにて濃染される内部不均一な腫瘤を認めた。また，リンパ節，右腎など他臓器に転移は認められなかった。内分泌検査ではインシュリン，グルカゴン，ガストリンなど異常は認められず，腫瘍マーカーではIAP，CA19-9，SPAN-1など異常は認められなかった。2002年6月脾合併膝部尾部切除術施行。病理診断はclear cell carcinoma，G2，V（+）であった。術後IFN- α 療法施行中。今後も長期間のフォローアップが必要である。なお，当症例はわれわれの調べた限り本邦最長の晩期再発例であった。

副腎転移と思われた大きなリンパ節転移を認めた腎細胞癌の1例：安藤 慎，田中一志，日向信之，義一馬，原 勲，藤澤正人，川端岳，岡田 弘，荒川創一，守殿貞夫（神戸大），近藤 有，蓮沼行人，岡 伸俊，大前博志（原泌尿器科） 63歳，女性。2002年6月頃から肉眼的血尿，右側腹部痛出現し近医泌尿器科受診。腹部CTにて右腎下極と右腎上部に腫瘤認めため精査加療目的にて当科受診。画像診断にて右腎下極の腫瘤は腎細胞癌，右腎上部の腫瘤は副腎転移，リンパ節転移，副腎腫瘍が考えられ，2002年9月经腹下右腎摘除術を施行した。摘除標本は重量480g，腎下極に径5cmの腫瘤と腎を下方へ圧排する径8cmの腎外性腫瘤を認めた。病理診断は，腎細胞癌expansive type，clear cell carcinoma with sarcomatoid feature，G3，pT1N1M0，stage IIIであった。原発巣より大きな腫瘤を認めた場合でもリンパ節転移も考慮に入れるべきであると考えられた。

肉腫様腎細胞癌の1例：竹垣嘉訓，園田哲平，熊田憲彦，田部茂，金澤利直，柏原 昇（吹田市民） 54歳，男性。2001年1月3日，左側腹部痛および肉眼的血尿を主訴に当科受診。腹部CTにて左腎腫瘍，左腎静脈内腫瘍血栓，左腎門リンパ節腫大を認め，経腹的左腎摘除術を施行した。摘出標本は重量395g，腎下極側に被膜の形成がほとんどなく，腎実質に浸潤していく様に発育する腫瘍を認めた。術後病理診断は肉腫様腎細胞癌，T3b，N1であった。術後，インターフェロン α 500万単位週3回投与およびシメチジン800mg経口投与した。しかし，術後56日の腹部CTにて傍大動脈リンパ節転移が出現し，さらに肺転移，骨転移，癌性胸膜炎を次々と発症し，術後101日で死亡した。肉腫様腎細胞癌は腎細胞癌の1～8%を占める

比較的稀な組織型であるが，診断時すでにadvanced stageであることが多く，さらに浸潤傾向が強く転移率も高いため予後は極めて不良である。

腎癌との鑑別が困難であった黄色肉芽腫の1例：安福富彦，杉山武毅，山下真寿男（明石市民） 49歳，女性。高血圧症の既往あり。2002年7月中旬よりの左腰痛，食欲不振を主訴として近医受診，CRP17.2と炎症所見を認めた。腹部CTにて左腎腫瘍を疑われ，当科紹介となった。初診時，左側腹部に圧痛あり，発熱なし。精査加療目的に入院となった。CT上，左腎に被膜を有し内部はlow densityである2つの腫瘍を認め，同時多発腎細胞癌，黄色肉芽腫などの可能性を考えたが，血管造影上，上極と外側の腫瘍の所見が一致せず，診断に十分な根拠がえられなかった。術中エコー補助，腹腔鏡下腫瘍核出術を施行，術後特に合併症なく経過し，10日目に退院となった。病理組織学的診断は黄色肉芽腫（限局型）であった。本症例では発熱や炎症所見の既往に着目することが悪性腫瘍と黄色肉芽腫の鑑別診断に有用であると思われた。

臨床経過の長い Inflammatory myofibroblastic tumor の1例：山崎健史，石井淳一，野村宏徳，内田潤次，韓 榮新，仲谷達也（大阪市大） 25歳，女性。10歳時に左側腹部腫瘤を指摘され，腫瘤に対して針生検施行されたが悪性所見は認めなかった。その後自覚症状消失したため放置されていたが，2002年4月腹痛を主訴に近医受診した際に腹部エコーで左腎に13cm大の腫瘤を再度指摘され，精査加療目的で当科入院となった。入院後の腹部CT，MRIから腎原発の腫瘍と考えられた。画像上悪性腫瘍を完全に否定できないため，経腹的に左腎摘出術を施行した。摘出標本は800g，断面は黄白色であった。組織の結果はinflammatory myofibroblastic tumorであった。術後3カ月経過し再発，転移は認めていない。本症例はわれわれが調べた限りでは腎原発として本邦1例目である。

腎平滑筋肉腫の1例：松本 稔，遠藤雅也，垣本健一，小野 豊，目黒則男，前田 修，木内利明，宇佐美道之（大阪成人病セ） 52歳，男性。2002年7月，健診腹部エコーにて，右腎下極に3×4cm大の充実性腫瘤を指摘され，当科受診。腹部CTでは右腎下極より右方に突出する4.8×4.5cm大の内部不均一で造影効果の乏しい充実性腫瘍を認めた。腹部MRIではT2強調画像で腎実質より低信号であった。右腎被膜下腫瘍，右腎癌，腎血管筋脂肪腫などを考慮したうえで根治的右腎全摘除術を施行。腎外に突出する灰白色・充実性の多結節状の腫瘍を認め，腫瘍の一部は上行結腸間膜と癒着していた。組織HE染色では多形性を示す核と紡錘形の胞体を有する腫瘍細胞が柵状配列を示す増殖像を認めた。腫瘍細胞はビメンチン， α SMAが陽性だった。病理診断は腎平滑筋肉腫であった。術後補助療法は行わずに現在経過観察中だが，再発，転移なく生存中である。

成人 Mesoblastic nephroma の1例：桃原実大，永原 啓，甲野拓郎，北村雅哉，赤井秀行，高羽 津，岡 聖次（国立大阪），河原邦光，倉田明彦（同病理） 35歳，女性。右腎に径2.5cm大の内部エコーが不均一な腫瘤を指摘され2002年7月24日当科紹介受診となった。CTにて右腎の中部に辺縁がスムーズで内部が不均一に淡く造影される腫瘤を認めた。MRIおよびMRAではT1WIで低信号，T2WIで内部，辺縁が一部高信号を示す径2.5cm大のhypovascularな腫瘤であった。以上の所見から腎細胞癌は否定できず同年9月9日右腎部分切除術を施行した。腫瘍は2.5×2.5cm大，境界明瞭，充実性の腫瘤で断面は灰白色を呈し内部に嚢胞変性を認めた。病理組織にて成人mesoblastic nephromaと診断された。現在術後3カ月を経過し再発転移はみられていない。自験例を含めた成人mesoblastic nephroma本邦報告28例を集計し臨床的検討を加えた。

腎粘液腫の1例：小池浩之，林 泰司，今西正昭，門脇雄雄（済生会富田林），宇多弘次（同病理） 39歳，男性。職場検診にて尿潜血を指摘され近医受診。腹部超音波検査で左腎腫瘍の疑いあり，精査および加療目的にて2003年4月25日当科受診。排泄性腎盂造影で左上腎杯を圧排する大きなmassを認めた。腹部造影CTでは左腎上極に12×8×7cm大の充実性腫瘍を認め，内部densityは腎実質よりもややlowで不均一であった。また，左腎動脈造影で左腎上極にvascularityを伴うmass lesionを認めた。以上，各種画像所見より左腎の悪性腫瘍を疑い2003年6月10日左腎摘除術を施行した。摘出標本は，

上腎に腎実質の半分を占める半透明・粘液腫状、黄褐色調の境界明瞭な腫瘍を認めた。病理診断は、腎粘液腫であった。術後6カ月を経過し、再発、転移はなく生存中である。本症例は稀で文献上11例目、本邦2例目であった。

外傷性腎動脈閉塞の1例：根来宏光，杉野善雄，岩村博史，岡 裕也，川喜田睦司（神戸中央市民），佐藤慎一（同救急） 15歳，男性。5階より転落。腰椎圧迫骨折，仙腸関節脱臼骨折を認めた。受傷1.5時間後のCTにて右腎は造影されず，後腹膜血腫を認め，受傷6時間後には右腎から出血し，後腹膜血腫は増大した。血管造影にて，右腎動脈根部完全閉塞，右腎被膜動脈からの出血が判明，塞栓術にて止血した。受傷後より高血圧を認め，分腎レニン測定にて患側高値を確認し，側副血行を有した梗塞腎による腎血管性高血圧の診断のもとに，受傷70日目，整形外科の腰椎前方固定術の際に，同切開線にて右腎摘出術を施行した。血漿レニン値，血圧は正常化した。摘出腎は萎縮，凝固壊死しており，腎動脈は内膜，中膜ともに断裂，内腔は血栓化していた。外傷性に腎動脈根部が完全閉塞するも，側副血行にて腎血管性高血圧を認め，腎摘出術にて軽快した。

三次元造影CTが診断に有用であった腎動静脈奇形の1例：後藤毅，千住将明（市立住吉市民），椿本光男（同放射線），吉村力男，仲谷達也（大阪市大） 45歳，女性。突然の右腰背部痛および肉眼的血尿が出現し，膀胱タンポナーデの状態で当科受診。膀胱鏡にて右上部尿路からの出血を認め，MRIおよび造影マルチスライスCTにて右腎の腎動静脈奇形と診断した。コイルを用いた腎塞栓術にて血尿は消失し，以後再発は認めていない。本症例はcirroid typeの腎動静脈奇形と思われる。その診断に際し造影マルチスライスCTによるnidusの描出が有用であった。比較的若年の患者に血塊を伴う大量の血尿を認めた場合本疾患の存在を疑う必要があると考える。

右巨大水腎症の1例：稲元輝生，伊藤 泰（済生会茨木），高崎登（小島） 68歳，男性。約1年前からの腹部膨満感に全身倦怠感，食欲低下を伴い近医を受診。CT検査で，腹部全体に及ぶ巨大な腫瘍が認められ巨大水腎症の診断で紹介された。CT上25.8×12.5×70cmの巨大なlow density massを認めた。検査所見としては血清CA19-9が1,300 U/mlと高値を呈していた。2002年9月24日，Rt-PNSを施行。6,500 mlの血性内容液を得た。内容液の細胞診はclass III。内容液中の腫瘍マーカー値はCEA:40.1 (ng/ml)，CA19-9:10,000以上 (U/ml)。2002年10月22日，右腎摘除術を施行。病理組織診断の結果，悪性所見は認められなかった。摘出標本には健常な腎実質を欠き，所々に石灰化を認めるのみであった。腎盂尿管移行部は非常に狭小化しており，先天性腎盂尿管移行部狭窄症と考えられた。

正中を越えて骨盤腔を占拠した巨大な水腎症の1例：中村健一，前野 淳，長濱寛二，奥野 博（国立京都） 症例は60歳，女性。脛骨骨折にて他院入院中に腹部腫瘍を指摘され，精査のため2002年8月1日当院入院。他院CTにて尿管結石による左巨大水腎症と診断していた。膿腎症の危険があるため，入院の上でRP施行したところ，結石嵌頓部を越えてガイドワイヤーは腎盂に達し，尿管カテーテルにて2,500 mlの内容液を吸引の後，single Jを置いた。患腎の1日尿量は少量で，informed consentの結果，8月7日内視鏡下腎摘除術を施行した。全身麻酔下に腎位にてポートを3カ所作成し，経後腹膜に左腎摘除した。出血は200 ml，手術時間は4時間28分であった。病理学的に悪性はなく，慢性炎症所見のみであった。術後4カ月で著変なく経過している。内容量が1 lを超える巨大水腎症といえども，良性疾患であれば今後は内視鏡下手術の良い適応だと思われた。

鈍的外傷により破裂した尿管結石に伴った巨大水腎症の1例：申勝，小森和彦，桃原実大，高田 剛，本多正人，藤岡秀樹（大阪警察） 49歳，男性，瓦職人。2000年12月に屋根より転落，安静にするも右腰背部痛持続し肉眼的血尿が出現したため当院に救急搬送された。腹部CTにて著明な右腎盂の拡張と腎盂内出血が疑われ，また右尿管結石と左サンゴ状結石を認めた。全身状態が安定したこと，対側腎にサンゴ状結石を伴うこと，尿の腎外溢流を認めなかったことなどから右腎の保存的治療を考慮したが，輸血を必要とする血尿が再出現したため温存は困難と判断し，腎動脈造影および腎動脈塞栓術を施行したのち右腎摘除術を施行した。右腎は350 g，15×9 cm大であ

り，上極腹側に5 cm大，下極内側に2 cm大の破裂部位を確認した。右腎盂内容物として吸引500 mlと血腫500 gを認めたため巨大水腎症と診断した。左サンゴ状結石の治療としてPNLを後日施行した。

腎結石術後腎盂尿管移行部狭窄症に対し後腹膜鏡下腎杯尿管吻合術を行った1例：矢西正明，中川雅之，西田晃久，大口尚基，河 源，六車光英，松田公志（関西医大） [症例] 65歳，女性。10年前に右腎結石に対しPNL施行。右腎結石再発，PNL施行するが，腎盂尿管移行部に狭窄を認めた。拡張後尿管ステント留置するも術後，尿通過不良であった。狭窄部が長く腎内にあること，下腎杯実質が薄いことから，腎杯尿管吻合術を選択した。[手術方法] 体位は正側臥位，後腹膜鏡下に尿管，下腎杯を剝離した。下腎杯に約2 cmの窓を開け，尿管を吻合した。[結果] 手術時間5時間20分，出血量155 ml。術後7日目の順行性造影にて尿漏れ認めず尿通過良好，20日目にPNS抜去した。術後腰痛消失した。[結語] 腎結石などによる腎盂尿管移行部付近の広範囲の狭窄を認め，進行した水腎症を伴うような症例は，後腹膜鏡下腎杯尿管吻合術の良い適応と思われる。

腹腔鏡下両側尿管剝離術を施行した特発性後腹膜線維症の1例：高尾典恭，清水洋祐，七里泰正，金丸洋史（北野） 65歳，男性。下肢浮腫を主訴に近医受診。両側水腎症，急性腎不全を認め当科受診。悪性疾患など鑑別診断後，特発性後腹膜線維症と診断し，まずステロイド療法施行。プレドニゾロン30 mgから開始し，以後1カ月かけてtaperingして5 mgを維持量とした。ステロイド療法を開始して6カ月後，CT上，fibrous plaqueは著明に減少したが尿管狭窄は残存しており，腹腔鏡下両側尿管剝離術を施行した。右側は腹腔内化できたが，左側は剝離部位が右側よりも尾側・深部であったので腹腔内化できず，セプラフィルムを使用することで代用した。若干の文献的考察を交えて報告する。

後腹膜腫瘍（嚢腫）の1例：安田和生，福井浩二，上田康生，丸山琢雄，近藤宣幸，森 義則，島 博基（兵庫医大），窪田 彬（同病院病理） 62歳，男性。2002年4月の検診にて偶然腹部の石灰化陰影を発見された。近医での腹部CTにて左腎内腹側部に後腹膜腫瘍を疑われ当科へ紹介受診。CT・MRI・腎動脈造影などの画像検査にて後腹膜腫瘍と診断した。悪性腫瘍を否定的できず，2002年9月4日に後腹膜腫瘍摘除術を施行した。腫瘍は一部尿管との癒着が強く尿管尿管吻合を要した。摘除標本の重量は130 g，大きさは7.5×5.5×5.5 cmで石灰化を伴っていた。病理診断はancient schwannomaであり，schwannomaの長期経過により2次的な変化をきたしたものと考えられた。自験例は本邦報告12例目であった。術後3カ月になるが経過良好である。

後腹膜脂肪腫の1例：藤岡 一，岡 泰彦（加古川市民） 55歳，男性。2001年11月頃より左腰痛出現。2002年2月に症状増悪し，当科受診。左側腹部に小児頭大の弾性軟な腫瘍を触知した。超音波検査，CT，MRIなどにて左腎周囲に21×18×13 cm大で，左腎上極から骨盤部に至る巨大腫瘍を認めた。CTでは，low densityでenhanceされず，MRIでは，T1，T2ともに脂肪と同じhigh intensityの内部分均一な腫瘍を認めた。血管造影では，腫瘍血管の明らかな増生はなかった。画像上，後腹膜脂肪腫の診断で，同年3月，全身麻酔下，経腹的に左腎を含め腫瘍摘除術を行った。摘除重量は1,670 g。病理診断は，脂肪腫であった。術後8カ月を経過し，再発はない。後腹膜脂肪腫の症例は稀で本邦では92例目であった。

馬蹄鉄腎に発生した化膿性腎嚢胞の1例：千葉公嗣，小野義春，田中宏和（兵庫県立加古川） 51歳，男性。発熱および上腹部痛を主訴に2002年6月27日当科受診。各種画像検査にて馬蹄鉄腎峡部から腹腔内へ突出した径10×9 cmの嚢胞性腫瘍を認め，臨床症状などより化膿性腎嚢胞と診断。入院後，抗菌化学療法を開始するとともに，経皮的ドレナージを施行した。約500 mlの黄白色の膿汁を排出し，培養結果はHaemophilus haemolyticusであった。連日洗浄を行い，カテーテル留置5日後に解熱した。術後11，12日目にミノマイシン100 mgを注入しカテーテルを抜去した。治療5カ月後自覚症状を認めないものの，CT上径8×6 cmの腫瘍の残存を認める。腫瘍残存の原因としては嚢胞内容が大きく，ミノマイシンが十分に接触しなかった可能性が考えられる。馬蹄鉄腎に発生した化膿性腎嚢胞は文献上本邦

1例目であった。

血液透析患者に発生したタンパク結石による膿腎症の1例：柴崎昇，寒野 徹，辻 裕，瀧 洋二，竹内秀雄（公立豊岡） 56歳，男性。1996年4月，糖尿病性腎症による腎不全のため腹膜透析を開始。2000年8月，血液透析に変更。2002年7月，発熱・右腰部痛を主訴に当科受診。血液検査，画像診断より右膿腎症と診断した。Single-Jカテーテル留置後，抗生剤投与し加療，炎症所見の改善を認めた。感染巣除去のため，全身麻酔下，腰部斜切開にて右腎摘除術を施行した。腎杯内に黒色・泥炭状物質を認め，成分分析の結果，タンパク結石と判明。これによる尿路の閉塞が原因となった膿腎症であると思われる。術後経過良好であり12日目に退院となった。透析患者に発生する尿路結石についての文献的考察を加え報告する。

ABO 不適合腎移植後に発症した BK virus 腎症の1例：大阪大学大学院医学系研究科器官制御外科学（泌尿器科），松本充弘，難波行臣，矢澤浩治，市丸直嗣，宮川 康，高原史郎，奥山明彦（大阪大），岡 一雅（同病理），京 昌弘（桜橋循環器クリニック） 29歳，女性。主訴は腎機能低下。2000年10月16日B型の父をドナーとするABO 不適合移植術施行。移植後 s-Cr 値は 1.1 mg/dl まで改善し退院となった。その後，徐々に腎機能悪化を認めたため，2002年3月27日当科入院となった。同年7月10日腎生検施行したところ，拒絶反応は認めず，免疫染色法にてポリオマウイルス感染症が疑い，PCR法にて BK ウイルス腎症と診断した。移植術後拒絶反応に抵抗性のあるものに対しては BK ウイルス腎症を除外する必要がある。

腎後性腎不全を契機に発見された造骨性骨転移を伴う浸潤性腎盂癌の1例：平岡健児，田原秀一，木村泰典，三神一哉，植原秀和，川瀬義夫，内田 睦（松下記念），建部 敦（同病理） 75歳，男性。2002年3月30日，腎後性腎不全にて当科受診。KUB 上，左仙腸関節を中心に多発性の骨硬化像を認めた。左腎臓尿細胞診 class V であったことから左浸潤性腎盂癌を疑うも，AP で陰影欠損を認めず，CT 上も左腎に明らかな腫瘍を認めなかった。前立腺針生検，胃・大腸内視鏡検査で異常なく，骨生検においては転移性の悪性腫瘍であることは明らかとなったが原発巣は確定しえず。2002年4月23日に経皮的左腎生検を施行したところ，病理診断は TCC，G3>G2，INF γ であり，左浸潤性腎盂癌との確定診断に至った。治療は行わず，経過観察を行っていたが，初診から約3ヵ月半後の2002年7月12日に死亡した。造骨性骨転移をきたす腎盂癌は極めて稀であると考えられた。

尿管腫瘍の骨およびリンパ節転移に対して集学的治療が奏効した1例：河嶋厚成，辻畑正雄，高羽夏樹，西村和郎，野々村祝夫，奥山明彦（大阪大学大学院医学系研究科器官制御外科学泌尿器科） 60歳，女性。主訴は無症候性肉眼的血尿。各種画像検査より尿管腫瘍が疑われ1996年10月右腎尿管全摘除術施行。術後肺門部リンパ節および骨転移が認められたが，全身状態および患者の意向により，骨転移に対し30 Gy の放射線照射のみを行った後退院となり，外来経過観察となった。しかし1997年7月に傍大動脈リンパ節が新たに出現したため，加療目的にて再入院し，M-VAC を full dose にて3コース施行された。その後の化学療法が奏効し，骨転移およびリンパ節転移とも CR にて現在6年間生存中である。尿管腫瘍はリンパ節転移および骨転移が認められると5年生存率は非常に悪く今回のように CR を6年間えられている報告は認められていない。

尿管 Villous adenoma の1例：井上隆朗，寺尾秀治，原口貴裕，島谷 昇（関西労災） 56歳，男性。頻尿，残尿感で近医受診。超音波検査で膀胱腹側に嚢胞性腫瘍指摘され，2001年6月当科紹介。MRI で膀胱頂部の頭側に嚢胞性腫瘍を認め，壁の肥厚，隔壁様構造など認め，尾部は膀胱頂部との連続性がみられた。膀胱鏡では膀胱頂部に小指頭大の隆起性病変を認めた。尿管腫瘍の診断で同年7月11日，尿管切除，膀胱部分切除を施行した。腫瘍は尿管下部に位置し，大きさ 4.5×5.0 cm，内部はゼリー状粘液が充満していた。病理診断は，villous adenoma であった。術後1年7ヵ月を経過し，再発などはみられていない。

結腸合併切除を要した化膿性尿管膿胞の1例：穴井 智，安川元信，仲川嘉紀，吉田宏二郎（大和高田市立） 症例は28歳，男性。以前より何度か腹痛を自覚するも自然軽快していた。臍下部痛と発熱を

主訴に近医受診し，腹部 US にて化膿性尿管膿胞指摘され，当科紹介受診。血液検査では軽度炎症反応の亢進のみで，尿検査も正常であった。CT では臍直下に isodensity area を認めるも腸管との癒着を示唆する所見はなかった。また，DIP および膀胱鏡では明らかな異常を認めなかった。2週間の抗生剤内服の上，2001年10月尿管膿胞摘除術施行した際，臍直下で膿胞に横行結腸が強く癒着していたため，結腸合併切除を要とした。本邦では腸管合併切除を要した4例が報告されており，このうち横行結腸部分切除を要したのは本症例で2例目であった。

尿管腔内を経て膀胱内へ増殖した S 状結腸癌の1例：山本智将，吉岡伸浩，加藤良成，井口正典（市立貝塚），加藤 充，山崎 大（同病理） 69歳，男性。1999年に他院にて S 状結腸癌に対し S 状結腸切除術を施行（stage IV，SE，N4（+），p0，H0，M0）。経過中，左水腎症となり当科紹介となる。諸検査で左総腸骨リンパ節転移による尿管狭窄と診断し D-J カテーテル留置したが1年後に膀胱刺激症状強く，本人希望により抜去。半年後血尿出現し，尿細胞診でクラス V，移行上皮癌を強く疑う所見であった。CT で尿管周囲にリンパ節と思われる腫瘍が増大し尿管を巻き込み尿管狭窄部より膀胱に連続する尿管内腫瘍を認め，膀胱鏡で左尿管口より突出する乳頭状腫瘍を認め尿管腫瘍を疑った。TUR-Bt 施行したところ S 状結腸癌組織と一致した。文献上，腺癌が尿管腔内に浸潤増殖した報告は4例しかなく，文献的考察を加えた。

S 状結腸憩室炎による S 状結腸膀胱腫の1例：桑江秀樹，青木大，松井孝之（南大阪），北村彰英，藤田能久（同外科） 69歳，男性。既往歴は慢性関節リウマチ，高血圧，右肺癌術後。2002年4月上旬より排尿時不快感を自覚。尿路感染症として加療するも病状改善せず原因精査をした。膀胱鏡検査にて S 状結腸憩室炎に伴う S 状結腸膀胱腫と診断し同年7月30日全身麻酔下で S 状結腸切除術および膀胱部分切除術を施行した。病理診断では悪性所見は認めなかった。憩室炎に合併した S 状結腸膀胱腫は文献上179例目であった。

再発性膀胱自然破裂の2例：右田和寛，山口 旭，青木勝也，清水一弘，福井義尚，三馬省二（県立奈良），平山曉秀（奈良医大），吉川聡（阪奈中央） 症例1は66歳，女性。汎子宮全摘術と放射線療法の既往あり。過去に原因不明の腹水貯留と腸閉塞で4回入院。2000年3月2日に下腹部痛が出現した。腹水貯留と膀胱造影で造影剤の漏出が認められ，膀胱自然破裂と診断された。保存的治療後，高圧排尿に対し，間欠的自己導尿を導入した。以後再発はない。症例2は70歳，男性。左完全腎尿管摘除術と前立腺全摘術の既往がある。1999年10月，排便後に腹痛，乏尿が出現した。腹膜炎の診断で開腹術を施行したところ，膀胱頂部に穿孔が認められ，膀胱自然破裂と診断された。2002年6月20日，排便後，腹痛と乏尿が出現した。CT で腹水の貯留が認められ膀胱自然破裂の再発が疑われ，保存的治療で改善した。再発性膀胱自然破裂の報告は稀で，本邦で16例目であった。

気腫性膀胱炎の1例：石田博万，南口尚紀（市立福知山市民） 80歳，女性。高血圧にて近医でフォローされていたが，2002年2月1日頃より呼吸困難を自覚し，2月5日当院耳鼻科紹介受診。両側反回神経麻痺を認めたため，入院の上，気管切開術を施行した。その後，反回神経麻痺の原因精査中，食欲低下と下腹部痛を認めた。腹部単純X線，イレウスが疑われたが，腹部 CT を施行したところ，膀胱内および膀胱壁内に気腫性変化を認め，気腫性膀胱炎と診断し，泌尿器科転科となった。転科後，敗血症性ショックを来した血液培養で *Enterobacter aerogenes* が同定されたが，保存的に軽快し，腹部 CT での膀胱異常ガス像も消失した。同時期の膀胱鏡でも粘膜の気腫性変化は認めなかった。本邦では気腫性膀胱炎は20数例の報告がある。予後は一般的に良好であるが，敗血症性ショックを来した予後不良になりえる。

Cyclophosphamide による出血性膀胱炎の1例：金 啓盛，今西治，中村一郎（神戸西市民），山中邦人（市立西脇） 43歳，女性。肉眼的血尿を主訴に受診。膀胱鏡において膀胱後壁を中心に全域にびまん性の出血を認めた。乳癌，多発性転移に対して Cyclophosphamide 100 mg/日を3年間内服しており，それによる出血性膀胱炎と診断し緊急入院となった。ボスミン入り生理食塩水，硝酸銀を用いた膀胱灌流療法，さらに TAE を5病日に施行したが，十分な止血がえ

られなかったため8病日にTAEを再度施行し10日目に止血しえた。その後肺炎、尿路感染症に伴うDIC、多臓器不全にて15病日に死亡した。Cyclophosphamideによる膀胱出血に対して保存的治療により十分な出血コントロールがえられなかった場合（とくに進行性の担癌状態である場合）、出血状態の遷延は致死状況につながる可能性があるため速やかにTAE、さらには尿路変更などの外科的治療への移行が必要と思われた。

回腸利用膀胱再建術を施行した間質性膀胱炎の1例：田口 功，古川順也，原口貴裕，篠崎雅史，山中 望（神鋼） 65歳，女性。主訴は10年来の頻尿，膀胱充滿時下腹部痛。他医泌尿器科にて膀胱炎や神経性頻尿の診断のもと加療を受けるも改善せず。その後，症状が増強したため当科受診，精査加療目的に入院した。なお，3年前には前医泌尿器科にて間質性膀胱炎の診断のもと膀胱水圧拡張や内服加療を受けるも症状の改善を認めなかった。また，当科受診時は精神神経科にて神経症の診断で加療を受けていた。前医での膀胱生検病理組織像および病歴や膀胱鏡などの検査所見と併せて間質性膀胱炎と診断，十分なインフォームドコンセントをえて膀胱全摘術および回腸利用膀胱再建術を施行した。術後約16カ月を経た現在はhypercontinenceの状態でCICを施行しているものの，10年来の肉体的および精神的苦痛から開放され，患者の治療に対する満足度はきわめて高いものであった。

水圧療法（Hydrodistension）が有効であった間質性膀胱炎の2例：矢野公大，富田賢一，手塚清恵，本城久司，北小路博司，斉藤雅人（明治鍼灸大） 症例1は76歳，女性。1996年より夜間頻尿，2000年より終末時排尿痛が持続していた。症例2は66歳，女性。1993年より頻尿，1997年より充滿時膀胱痛が持続していた。症例1に対し2002年7月，症例2に対し2002年9月，水圧療法を施行した。2症例とも腰椎麻酔下にて，膀胱鏡から生理食塩水を約80cm水柱で注入し，膀胱が充滿したところで3分間保持する方法を用いた。水圧療法直後の膀胱鏡にて，両症例に粘膜の点状出血（glomerulation）が認められた。2症例とも，頻尿，疼痛の改善がえられ，現在外来にて経過観察中である。水圧療法は，間質性膀胱炎の治療のみならず診断にも有効であり，間質性膀胱炎が疑われる症例に対し，第一に施行すべき治療であると思われた。

ビルハルツ住血吸虫症の1例：多武保光宏，井上剛志，田中基幹，平山曉秀，趙 順規，藤本清秀，大園誠一郎，平尾佳彦（奈良医大），吉川正英（同寄生虫） 29歳，男性。1999年10月から2000年4月にかけてアフリカに旅行。その際にマラウイ湖で水浴。2000年8月より排尿終末時に無症候性肉眼的血尿が出現。同行の1人にビルハルツ住血吸虫症を罹患していることがわかり，2002年5月当科を受診。尿中，便中にビルハルツ住血吸虫虫卵を認め，駆虫療法を施行。治療後1カ月目に尿中，便中の虫卵は消失し，5カ月目に膀胱後壁に認めていた肉芽腫性病変は消失。

膀胱平滑筋肉腫の1例：島谷 昇，寺尾秀治，原口貴裕，井上隆朗（関西労災） 64歳，女性。既往歴；特記すべきことなし。血尿，残尿感を主訴として2001年1月当科受診。尿細胞診陰性，上部尿路に異常所見は認めず，膀胱鏡，超音波断層法にて，左側壁を中心として発生した，直径約9cmの膀胱内空へ突出する腫留性病変を認めた。2001年1月経尿道的膀胱腫瘍切除術を施行。病理組織学的には紡錘状細胞が錯綜した増殖を示し，核分裂像のきわめて多い組織であった。また免疫染色でDesmin， α -SMAが陽性であり平滑筋由来の肉腫と診断された。核分裂像も多く認められたため，同年1月に膀胱全摘出術，骨盤内リンパ節郭清術，回腸導管造設術を施行した。患者は術後の化学療法などの追加療法を拒否退院，術後1年11カ月現在転移は認めていない。

多発性尿路上皮腫瘍に対し全尿路摘出術の検討：玉田 博，原田健一，武中 篤，丸山 聡，中村一郎（県立柏原），松下全巳（松下泌尿器），原 勲（神戸大） [症例1] 66歳，男性。肉眼的血尿を認め当科受診。膀胱鏡にて左尿管口周囲の乳頭状腫瘍を認めた。TUR-Bt後，左腎尿管全摘を施行，腫瘍は上部尿管と下部尿管に2カ所認められた。その後膀胱内再々発を繰り返した。右尿管鏡下生検にてCISを認め，BCG腎盂内注入するも効果無く，2001年1月全尿路摘出術を行った。術後4カ月で肝転移，左骨盤内リンパ節再発にて癌死され

た。[症例2] 62歳，男性。血尿を認め受診，IVPにて左腎盂にdefectと，膀胱鏡にて多発する乳頭状腫瘍を認め，左腎盂腫瘍，膀胱腫瘍と診断された。まずTUR-Bt後，左腎尿管摘除術施行，その後計4回膀胱再発し膀胱粘膜にレーザー照射を行った。術後著明な萎縮膀胱となり，膀胱全摘術を施行。2001年4月IVPにて右腎盂内に陰影欠損を認め，全身化学療法を3コース施行後全尿路摘出術を施行，現在術後14カ月癌無し生存中である。

膀胱尿道摘除術後，残存尿道および鼠径部リンパ節へ再発をきたした膀胱癌の1例：植村元秀，中川勝弘，向井雅俊，菅野展史，西村健作，三好 進（大阪労災），吉田恭太郎，川野 潔（同病理） 59歳，男性。前立腺部尿道を含めた多発性膀胱腫瘍に対して，1991年7月，膀胱尿道摘除術，インディアナパウチ造設術を受けた。1999年8月，尿道口より排膿を認めたため来院した。陰茎部MRIでは，残存尿道の近位端と思われる位置に一部嚢胞を伴う腫瘍を認めた。胸腹部骨盤CTでは左鼠径部に径1.5cm大のリンパ節腫大を認める以外，転移を疑う所見を認めなかった。残存尿道腫瘍，左鼠径部リンパ節転移と診断し，同年9月8日，陰茎部分切除術，左鼠径部リンパ節切除術を施行した。病理組織学的に移行上皮癌であった。またリンパ節に転移を認めた。補助療法としてM-VAC療法を2コース施行し，術後3年2カ月経過した現在，再発を認めることなく外来通院中である。

前立腺導管癌の1例：児玉芳季，森 喬史，藤井令央奈，稲垣武，平野敦之，新家俊明（和歌山医大） 74歳，男性。2002年6月，肉眼的血尿を主訴に当科を受診。前立腺は触診上弾性硬で鶯卵大，多数の結節を触知した。直腸粘膜は易出血性であった。PSA値は4.9ng/ml，CEA値は50.2ng/mlと上昇していた。MRIにて前立腺は小骨盤腔を充滿する巨大な腫瘍塊を呈し，精嚢，膀胱頸部，直腸に浸潤する像を認めた。CTでは傍大動脈リンパ節，左閉鎖リンパ節の腫脹を認めた。胸部X-P，骨シンチには異常を認めなかった。経直腸的針生検の結果は，充実性，乳頭状増殖を示す低分化型腺癌で，免疫染色にてPSA，CEAともに陽性であった。以上よりstage D2のCEA産生前立腺導管癌と診断し，ホルモン療法を開始したが，約2カ月でホルモン抵抗性となったため，現在局所放射線療法を施行中である。前立腺導管癌は比較稀な腫瘍で，本邦では76例目と考えられた。

前立腺原発のPrimitive neuroectodermal tumorの1症例：稲垣哲典，野本剛史，竹内一郎，姫田 健，沖原宏治，水谷陽一，藤戸章，三木恒治（京府医大） 59歳，男性。2002年4月3日，排尿困難を主訴に当科紹介受診。生検組織，画像上前立腺肉腫が疑われ，急速な増大を認めたため5月28日，骨盤内臓全摘除術を施行した。その組織像は，小型の円形の未分化細胞が主体であり，MIC2などの特殊染色にて未分化神経外胚葉性腫瘍（PNET）との診断を得た。摘除組織の断端に悪性細胞は認めなかったが，肺転移，局所再発が出現，急速に増大し10月9日，死亡した。泌尿器科領域原発のPNETはきわめて稀であり，特に前立腺原発のものはほとんど存在しない。泌尿器科領域での報告例としては，腎，膀胱の順で多く，その特徴として，若年発症，高度の浸潤，転移性などが挙げられ，術後補助療法を施行しても，予後は極めて悪い。

前立腺Endometrioid adenocarcinomaの2例：康 根浩，森田照男，森本鎮義（岸和田市民） 症例1，75歳。73歳時にBtに対し当科にてTUR-Bt施行，術後BCG膀胱内注入療法6回施行。定期内視鏡検査で前立腺部尿道精阜上に乳頭状腫瘍を認めたため尿道再発と判断しTUR施行。切除組織の病理診断は前立腺類内膜腺癌であった。PSAは軽度高値であった。転移の無いことを検索の上，補助療法として放射線療法施行。術後18カ月，再発を認めず経過中である。症例2，73歳。排尿初期の肉眼的血尿で当科初診。尿路の諸検査行うも異常を認めず。しかし，その後も間歇的に血尿を認めたため再度内視鏡検査を行ったところ精阜上に乳頭状腫瘍を認めたため生検施行。病理診断は前立腺類内膜腺癌であった。PSAは正常値であった。画像検索上，限局性と判断し前立腺全摘術施行。術後11カ月，再発を認めず経過中である。

前立腺横紋筋肉腫の1例：沖波 武，山本新吾，小木曾聡，中嶋正和，東 新，西山博之，伊藤哲之，賀本敏行，羽瀧友則，小川 修（京都大） 39歳，男性。左腰背部痛，排尿障害が出現したため他院

受診。画像診断にて前立腺腫瘍を指摘され、生検にて前立腺横紋筋肉腫と診断、当科紹介受診。前立腺は手拳大に腫大し膀胱・直腸浸潤を疑われ、肺・骨・後腹膜リンパ節転移を認めた。VAC療法を6コース施行し、並行して骨転移巣に50 Gyの放射線照射。骨転移巣は不変であったが、原発巣・リンパ節転移巣は縮小、肺転移巣は消失。根治を期待して骨盤内臓全摘除術、後腹膜リンパ節郭清術、回腸導管造設術、人工肛門造設術を施行した。術後早期に肝転移を認め、ifosfamideとetoposideによる全身および肝動注化学療法を施行し一時的に奏功したが、肝転移の増悪、右腎転移、多発肺転移を認め、診断時より13カ月後に死亡した。画像上局所再発は認めなかった。

PSA高値にもかかわらず診断に苦慮した前立腺癌、多発性骨転移の1例：前野 淳，長濱寛二，中村健一，奥野 博（国立京都） 症例は75歳、男性。自覚症状は無い。近医にてALP 819 PSA>1,000と異常値を認め紹介。受診時前立腺体積は25 ml PSAは1,500 ng/ml 直腸診にて右葉は板状硬であった。骨シンチでは椎体を中心に多発性の骨転移を認めた。前立腺生検を9カ所施行したが、悪性所見は認めなかった。膀胱鏡では右尿管口と膀胱頸部の間に小指頭大の表面平滑な腫瘍性病変を認めた。経尿道的生検の結果、腫瘍性病変から前立腺部尿道にかけて粘膜下に腺癌を認め、表層は移行上皮で覆われていた。腺癌部分はPSA染色にて陽性であり、Gleason score 4+5の診断であった。内分泌療法にて骨シンチに改善を示した。本症例はオカルト癌の範疇に含まれると考えられる。本症例の発生機序は胎生期前立腺遺残の癌化である可能性が示唆された。

前立腺近傍に発生した神経鞘腫の1例：益田良賢，坂野祐司，片岡晃，金 哲将，若林賢彦，吉貴達寛，岡田裕作（滋賀医大） 症例は31歳、男性。主訴は下腹部痛。2002年4月、CTにて骨盤内に腫瘍を認め当科を受診した。骨盤内腫瘍は針生検にて神経鞘腫と診断された。左腸腰筋内および右頸部にも同様の腫瘍を認め、MRI所見などにより神経鞘腫と診断された。左腸腰筋内、右頸部腫瘍は無症状のため経過観察となった。骨盤内腫瘍は手術時、前立腺右側に強固に癒着しており前立腺の一部とともに摘出した。腫瘍は3×4×5 cm、重量65 gであった。病理組織診断は神経鞘腫であった。術中所見および組織所見より、この神経鞘腫は前立腺の神経血管束由来であると推測された。

ESWLを施行した小児酸性尿酸アンモニウム結石症の1例：木村 兎弘，矢西正明，西田晃久，中川雅之，大口尚基，河 源，六車光英，松田公志（関西医大） 3歳、男児。2001年8月頃より肉眼的血尿認めDIP。CTにて左尿管結石（9×6 mm）と診断。経過観察中下腹部痛増強し、2002年6月に左尿管結石U3に対して全身麻酔下、仰臥位にてESWL施行（機種：Dornier Lithotripter S、手術時間45分、電圧15.1 kv、shot数3,500）。排石認め、翌日のKUBにて残石認めず術後2日目退院。結石分析の結果酸性尿酸アンモニウム結石であった。小児のESWLについては身長制限、腎への衝撃波に対する長期的影響の問題があるが、下部尿管への結石の下降、段ボール板での体位保持にて解決された。本症例における結石形成の原因としては偏食（米穀の高摂取、動物性蛋白の低摂取）および脱水が原因と考えられた。

食道原発と考えられた転移性巨大骨盤内腫瘍の1例：松本吉弘，壬生寿一，影林頼明（大阪回生），宮坂義浩（同外科） 74歳、男性。2002年5月肉眼的血尿を主訴に当科受診。精査にて膀胱、直腸、S状結腸、左骨盤壁に及ぶ7 cm大の腫瘍を認めた。また腫瘍の左尿管浸潤による水腎症（膿腎症）を呈していた。尿細胞診は陰性、大腸ファイバーによる生検でも確定診断がえられず、繰り返す膀胱タンポナーデにより貧血も進行し、またイレウス状態となったため、2002年6月骨盤内臓全摘および回腸導管作成術、人工肛門造設術を施行した。病理診断は中分化型扁平上皮癌で、術前に発見されていた食道癌の組織型と同様であり、食道癌からの転移と考えられた。術後1カ月目に局所再発、多発肝転移のため癌死した。われわれの調べた限りでは食道癌の骨盤内転移の報告はなく、本邦初である。

交通事故を契機に発見された骨盤内嚢胞の1例：南 高文，森本康裕，上島成也，松浦 健，栗田 孝（近畿大） 49歳、男性。交通外傷にて右大腿骨幹部骨折、近医整形外科入院。術後、以前よりあった排尿困難が悪化したとのことで近医泌尿器科受診、骨盤MRIにて

長径18 cm大の嚢胞性腫瘍を認め、骨盤単純CTにて腫瘍内に血性と思われる所見を認めたため当院受診となった。後腹膜嚢胞の診断の下、骨盤内腫瘍摘出術を施行した。摘出標本は、表面は平滑。内腔はレンガ色の出血と考えられる泥状物沈着、壁は肥厚していた。内容液は約700 cc、黒褐色であった。病理所見は、壁は結合組織から構成されており、内腔は破砕赤血球とフィブリンの沈着認め、壁構造に何らかの傷害が加わり出血が生じたことが示唆された。以上より、排尿困難が受傷後増強したことから、以前から存在した漿液性嚢胞に受傷により嚢胞壁に出血を認め嚢胞が腫大したと考えられる。

膀胱尿道異物の1例：鈴木 透，土井 裕，飯元秀典（明和），坂口 強（坂口泌尿器科） 30歳、男性。泥酔し睡眠中に友人からプラスチックの棒を外尿道口より挿入された。抜去試みるも途中で折れ、2日後に排尿痛と尿意切迫感を主訴に近医受診。経直腸エコーの結果、膀胱尿道異物と診断され治療目的にて当院紹介受診となる。検尿にて著明な血膿尿を認め、尿培養では後日*S. aureus*が同定された。膀胱尿道鏡で前立腺部尿道に黒色の異物の先端を認めた。異物鉗子にて摘出試みるも不可能であったため、内視鏡的に異物を膀胱内へ押し込み、麻酔下での摘出を目的に入院となった。翌日腰麻下で経尿道的に生検鉗子を用いて摘出を行った。摘出標本は長さ約3 cmの楔形で、底辺が球状を呈した黒色のプラスチックの棒であった。術後経過に著変なく術後3日目に退院となった。膀胱尿道異物は本邦で多数の報告例があり、自験例を加えて1,437例が報告されている。

精巣梗塞の1例：梁川雅弘，高山仁志，今津哲央，坂上和弘，中森繁（東大阪市立総合） 66歳、男性。右陰嚢部の疼痛と違和感が改善しないため2002年8月に当科受診。エコーにて右精巣は内部不均一な像を呈し、右精巣・精巣上体ともに腫大を認めたため、精巣上体炎を合併した精巣腫瘍を疑い、同日、腰麻下に試験開腹術を施行。摘除標本では、精巣は暗赤色で、出血性・壊死性の色調をきたしているものの腫瘍性病変は認めなかった。病理診断は、出血性精巣梗塞であった。自験例は、特発性精巣梗塞の可能性と精巣上体炎による二次的な精巣梗塞の可能性が考えられた。精巣梗塞に陥った場合、自己免疫反応にて対側精巣の造精機能にも悪影響が出るとされており長期的な経過観察が必要である。

精索結核の1例：遠藤雅也，松本 稔，垣本健一，小野 豊，目黒則男，前田 修，木内利明，宇佐美道之（大阪成人病セ） 68歳、男性。2002年8月無痛性左陰嚢内腫瘍に気づき近医受診、超音波検査にて充実性腫瘍を認め2002年9月当科を受診した。家族歴、既往歴に特記すべきことなく、現症では左精索付近に母指頭大、弾性硬、無痛性の腫瘍を認めた他は異常所見なく、検査所見、超音波検査以外の画像所見でも異常は認められなかった。精索腫瘍の疑いのもと、2002年9月27日左精索腫瘍摘除術を施行した。腫瘍は精索に一致し、精巣動静脈との癒着は強く剥離困難であった。病理所見では乾酪壊死の周囲にラングハンス巨細胞、類上皮細胞の見られる結核性肉芽腫であった。術後INH、RFPによる化学療法を開始した。現在内服中である。

Klinefelter症候群に合併したLeydig cell tumorの1例：林 一誠，長嶋隆夫，藤原 淳，平岡健児，細川典久，山田恭弘，山田剛司，邵 仁哲，浮村 理，河内明宏，中尾昌宏，三木恒治（京府医大），大江 宏（京都第二赤十字） 27歳、独身男性。2002年より女性化乳房が出現し、hormonal study、染色体分析にて、Klinefelter症候群と診断された。触診およびエコーにて右精巣に腫瘍を認め、また不妊症の精査を希望されたため当科紹介となった。術中迅速病理診断では、Leydig cell tumorであったため、今後の悪性化を考え高位精巣摘出術を行った。本邦では、精巣Leydig cell tumorはわれわれが調べた限り、自験例は57例目となる。悪性化の頻度は10%であるが、組織学的に悪性と診断するのは困難であり、他臓器への転移の有無が大きな確定要素とされている。術後3カ月転移再発なく生存中であるが、嚴重な経過観察を要する。

悪性黒色腫精索転移の1例：田中雅登，小林義幸，野間雅倫，奥見雅由，原田泰規，伊藤喜一郎（大阪府立） 72歳、男性。主訴は左陰嚢部の無痛性腫瘍。既往歴は70歳に左拇指悪性黒色腫に対し、前医で左拇指拡大切除術施行。現病歴は2001年3月7日、当院形成外科にて悪性黒色腫の左大腿部転移に対し、左大腿部皮膚切除、有茎腹直筋皮弁

移植術施行。術後補助療法として DAV Feron 療法を施行中、左陰嚢部に無痛性腫瘍を認め、当科を紹介受診した。精索腫瘍を疑い、同年10月9日手術目的で転科となった。2001年10月11日、左高位精巣摘除術施行。左精索に径2cm大の卵円形、白色で弾性硬の腫瘍を認めた。切除断端には腫瘍は認めず、精巣、精巣上体には著変を認めなかった。病理組織学的所見で血行性転移による悪性黒色腫の精索転移と診断した。2002年3月、両側肺、骨盤リンパ節転移をきたし、同年7月死亡した。

異時性両側性精巣腫瘍の1例：東郷容和、長井 潤、山本裕信、善本哲郎、野島道生、滝内秀和、森 義則、島 博基（兵庫医大）、八百英樹、宮本 颯（同胸部外科）、窪田 彬（同病院病理） 異時性異組織型両側性精巣腫瘍の1例を経験した。46歳、男性。1993年3月（37歳時）右精巣腫瘍（Seminoma, pT1N0M0, stage I）に対して右高位精巣摘除術、後腹膜リンパ節に放射線照射を施行。以後8年間再発転移を認めず。2002年6月に左精巣腫瘍が発生。Embryonal carcinoma, Seminoma, Yolk sac tumor of the mixed type, pT2N0M1a, stage III B1。左高位精巣摘除術、BEP療法3クール、右肺部分切除術を施行。腫瘍マーカーは陰性化し、外来にて3カ月間経過観察中である。

転移性精巣腫瘍の1例：廣田英二、岩田 健、内藤泰行、大江 宏（京都第二赤十字）、杉本浩造（杉本クリニック）、前川幹雄（京都民医連中央） 78歳、男性。大腸癌と肺癌の既往あり。左陰嚢内容の腫脹と排膿を認め当科受診。超音波断層像で精巣上部に20×30mm大の低エコーを呈する腫瘍を認めた。AFP、HCG-βは正常。抗生物質の投与を開始したが、腫瘍は残存しHCG-βが軽度上昇したため、精巣腫瘍と考え左高位精巣摘除術を施行した。病理組織は既往の肺癌のものと一致しており、肺癌の精巣転移と診断した。現在右肺転移および右胸膜転移を認めているが、経過観察中である。

PSAを産生する外陰部 Paget 病の1例：宇都宮紀明、清川岳彦、新垣隆一郎、国島康晴、木下秀文、山本新吾、賀本敏行、羽瀨友則、小川 修（京都大） 50歳、男性。外陰部 Paget 病の既往があり、45歳時に皮膚広範切除術および右鼠径リンパ節郭清術を施行。2001年8月頃より腰痛と歩行困難が出現。DICと転移性骨腫瘍を認め、2002年1月入院となる。血清 PSA 値が89 ng/mlと高値であったが前立腺生検上は悪性所見を認めなかった。確定診断のための骨生検病変、5年前の Paget 病皮膚病変が PSA 陽性に染まり、外陰部 Paget 病の再発と診断された。化学療法に反応せず2002年5月死亡した。経過中血清 PSA 値は病勢を反映して上昇した。文献上、PSA 染色陽性の Paget 病は自験例を含め4例ある。自験例は、前立腺癌を合併せず、血清 PSA 値が Paget 病の腫瘍マーカーとなった初めての症例である。

陰茎 Epidermoid cyst の1例：古川順也、田口 功、篠崎雅史、山中 望（神鋼）、田寺成範（田寺泌尿器科） 14歳、男性。陰茎包皮に約10年前より次第に増大する嚢胞性腫瘍を認め受診。腫瘍は約4

cm大、弾性軟で可動性は良好。透光性は認めなかった。陰茎嚢胞性腫瘍および包茎の診断にて2002年8月15日、環状切除術を施行した。嚢胞内容液は乳白色で粘調。検鏡にて扁平上皮細胞を多数認めた。病理組織学的所見では、嚢胞壁は重層扁平上皮細胞からなり、皮膚付属器を認めず、epidermoid cystと診断した。陰茎 epidermoid cyst の報告はきわめて少なく文献上11例目であった。報告例では悪性化および術後の再発は認めていない。

陳旧性陰嚢内血腫の1例：福原慎一郎、高原宏一、森 直樹、原恒男、山口賢司（市立池田） 73歳、男性。10年前に右陰嚢を打撲。その後、右陰嚢内容腫大を自覚し徐々に増大したため、2002年8月20日当科受診。同年9月2日入院となった。右陰嚢内に圧痛・透光性を認めない表面平滑、弾性硬、約10cmの腫瘍性病変を認めた。MRIにて圧排された精巣とともに右陰嚢内に陳旧性の血腫を認めたため、右陳旧性陰嚢内血腫と診断し、同年9月3日右高位精巣摘除術を施行した。摘出標本の大きさは11×8×7cm。重さは260g。のう胞内腔には暗赤色泥状物が充満しており、圧排された精巣を認めた。病理組織診断にても、古い血腫を認めるのみで、被膜および精巣に腫瘍性変化は認めず、陳旧性陰嚢内血腫と診断された。

尿閉をきたした巨大尿道周囲膿瘍の1例：長沼俊秀、上川禎則、山越恭雄、石井啓一、金 卓、坂本 亘、杉本俊門（大阪市立総合医療セ） 69歳、女性。2001年9月頃より排尿困難、排尿時痛が出現し2001年10月当科初診、残尿200mlありバルーン留置される。以後、バルーン抜去を試みるが尿閉を繰り返す、精査加療目的で当科入院となった。内診では膣前壁に弾性硬の表面平滑な腫瘍を触知した。経膣的超音波検査およびMRIにおいて尿道を全周性に取り巻く腫瘍を認め、膀胱尿道造影では尿道と腫瘍内部との交通を認めた。穿刺液は茶褐色の膿汁で、細胞診はNegative、多数の炎症性細胞を認めた。細菌培養は陰性であった。以上より、尿道憩室に起因した巨大な尿道周囲膿瘍と診断、2002年2月22日、経膣的尿道憩室摘除術を施行した。摘出した憩室壁の病理診断は、炎症胞の浸潤を伴った線維性結合組織であり、悪性所見は認められなかった。術後臨床症状は著明に改善した。

女性にみられたフルニエ壊疽の1例：峠 弘、青枝秀男（日高総合） 77歳、女性。30年前からRA、2001年～DMで経口血糖降下剤で経過観察中、2002年1月初旬頃より食欲低下・体重減少をきたし、2月2日当院内科受診。高血糖、恥骨上部から左臀部にかけて発赤・腫脹・排膿がみられ化学療法・血糖コントロールを開始したが改善せず当科紹介。WBCは14,200/μl、CRPは11.3mg/dlで、膿汁培養では *Streptococcus agalactiae* と *E. coli*、骨盤部CTでは同部に一致してガス像がみられ、フルニエ壊疽と診断した。直ちに排膿切開・ドレナージを行い、トシル酸スルタミシリン・メロペネムの多剤併用化学療法を開始した。しかし壊死巣の増大傾向と発熱がみられ、デブリドメントを行い開放創とした。以後、発熱も改善し白血球も正常化し、局所の肉芽形成は良好で創部は治癒した。