

学会抄録

第157回 日本泌尿器科学会関西地方会

(1996年11月30日(土), 於 大阪府医師会館)

Milk of calcium renal stone, 腎結核の石灰化が疑われた原発性上皮小体機能亢進症に合併した腎結石の1例: 山手貴昭, 西岡 伯, 梅川 徹, 紺屋英児, 上島成也, 栗田 孝 (近畿大) 65歳男性, 主訴右腎痛。KUB 上直径 5 cm の辺縁が顆粒状で濃淡不均一な石灰化陰影を認め milk of calcium renal stone あるいは腎結核の石灰化陰影が疑われた。同時に諸検査より原発性上皮小体機能亢進症が認められた。体位変換による変化のない石灰化陰影像, 尿中結核菌が検出されなかったことから, 原発性上皮小体機能亢進症を基礎に中腎杯に発生した巨大な腎結石症と考えた。

ピンハンマー型結石破砕装置(カルマー)による上部尿路結石破砕の経験: 邵 仁哲, 小山正樹, 佐藤 暢, 石田裕彦, 沖原宏治, 今田直樹, 河内明宏, 内田 陸, 齊藤雅人, 渡辺 決 (京府医大) 科学技術振興事業団の協力のもとに, 当教室で開発し, 現在新医療用具として製造承認されているカルマーを用い上部尿路結石破砕術を施行した。初期方式での治療成績は, 成功率61%であったが, カルマーでは, 74例中60例(81%)に成功率が改善し, 他の TUL の成績と比較して遜色なかった。成功率の改善は, 開発された誘導装置により, 結石への中率が向上したためと思われた。カルマーによる上部尿路結石破砕術は, 現在保険適用の申請中であるが, TUL の一手技として今後有用と思われる。

死体腎移植後ネフローゼ症候群を発症し機能廃絶となった1例: 池上雅久, 若杉英子, 原 靖, 今西正昭, 西岡 伯, 秋山隆弘, 栗田孝 (近畿大) 症例は25歳男性。17歳時にネフローゼ症候群を発症。腎生検にて微小変化群と診断され, ステロイド・パルス療法にていったん改善するも, その後, ステロイド抵抗性を示し, 20歳時, 血液透析導入となった。1995年8月, 24歳時に死体腎移植施行。経過良好にて外来にて経過観察。1996年4月より血清クレアチニン値上昇。ネフローゼ症候群を呈し, 移植腎生検で微小変化群と診断。原病と同様にいったんステロイド・パルス療法に反応するも, その後抵抗性を示し, 同年8月に移植腎機能廃絶, 血液透析となる。ネフローゼ症候群微小変化群で移植腎に再発し, かつ難治性を示した症例を報告した。

腎血管造影検査後に発生し救命し得た肺塞栓症の1例: 杉 素彦, 岡垣哲弥, 畑山 忠, 芦田 眞 (野江), 小西弘起 (同循環器内科) 症例は60歳, 女性。主訴は肉眼的血尿。画像診断にて左腎腫瘍を指摘され, 腎血管造影検査を施行。検査翌朝, 安静解除後歩行したところ突然, ショック状態となり, 肺動脈造影にて肺塞栓症と診断し, Swan-Ganz カテーテルより選択的に血栓溶解療法を行ったところ, 全身状態は改善し, 経口薬のみへと切り替え可能となったため, 全身麻酔下に根治的左腎摘除術を施行。病理学的診断は腎細胞癌, 組織構築は胞巣型と腺管型の混合型, 細胞型は紡錘細胞型と多型細胞型の混合型, G2=G3>G1, INF- β , pT3a, pN0, M0, pV1a であった。肺塞栓症は本邦では頻度の少ない疾患とされているが, 近年増加傾向にあり, 認識を新たにし発症の予防に努める必要があると考える。

診断に苦慮した腎梗塞の1例: 小村隆洋, 山際健司 (紀南総合) 51歳, 男性。狭心症, 心房細動および高血圧の既往がある。1996年1月13日, 左側腹部痛, 微熱と嘔吐出現し, 当院内科入院となった。発症後3日目に尿閉となり, 当科紹介となった。初診時検査では, 白血球増多, CRP の上昇, 赤沈亢進, クレアチニン 1.9 mg/dl, GOT, GPT 正常, LDH 2,370 IU/l, pyuria (3+), 尿 NAG と β_2 MG の上昇, IVP 左腎排泄遅延を認めた。初診時診断は, 急性前立腺炎と左尿管結石の疑いであった。第6病日には, GOT, GPT は軽度上昇していた。RP は正常で, その後も血清クレアチニンは徐々に上昇した。CT で, 左腎に完全, 右腎に部分梗塞を認めた。発症後12日目の確定診断であったため, 選択的線溶療法は無効と考え, 全身性抗凝固療法を行った。症状の消失と血清クレアチニン値の改善を認めたが, 半年後の CT では, 左腎は完全, 右腎は部分萎縮となっていた。

多嚢腎にエタノール注入を行い著効を示した2例: 鈴木万里, 島田憲次, 細川尚三, 松本富美 (大阪母子医療セ) 多嚢腎は胎児期に発見される泌尿器科疾患として頻度の高い疾患である。大多数の症例では嚢胞は自然縮小し, 悪性化, 高血圧の頻度も低いため, 経過観察で充分とされている。症状を有する多嚢腎では, 外科的治療が行われるが, 腎摘出術は侵襲が大きい。今回, われわれは嚢胞の増大傾向を示す多嚢腎にエタノール注入療法を行った。症例は2歳女児と2歳男児。胎児エコーにて腎の異常を指摘されていた。全身麻酔下に嚢胞穿刺し95%エタノールを注入, 10分間固定した。注入後の血中エタノール濃度は低値で問題になる副作用も無かった。術後2年の経過観察で嚢胞の縮小率は98%以上と, 著明な効果を認めた。圧迫症状, 増大傾向を示す嚢胞に対してエタノール注入療法は有効な手段の1つと考えた。

腎血管平滑筋腫の1例: 辻 秀憲, 松本美代, 南方茂樹, 北川道夫 (国立大阪南) 68歳, 女性。貧血の精査中, 右腎下極に腫瘍性病変が疑われ当科紹介となった。CT では, 腎下極から前方へ突出する直径 45 mm 大の一部石灰化を伴う内部構造の均一な実質性腫瘍を認めた。MRI のT1 の強調像では, 腫瘍内部はほぼ均一で比較的低 intensity であり, 脂肪成分は含まれていなかった。また選択的右腎動脈造影では, 拡張した血管増生を見る hypervascular な病変を認め, 血管造影上も腎細胞癌と診断し, 右腎動脈の TAE 後経腹的右腎摘出術を施行した。病理診断は血管平滑筋腫であった。腎血管平滑筋腫は過去10年間を調べ得たかぎり自験例を含めて本邦において3例にすぎなかった。過去の報告例を検討しても, 腎細胞癌との鑑別は非常に困難であるとされており, 造影 CT における腫瘍内部の高度な均一性と軽度の enhancement が特徴的所見と考えられた。

下大静脈内腫瘍塞栓を合併した腎血管筋脂肪腫の1例: 酒井 豊, 後藤章暢, 赤尾嘉信, 上野康一, 藤澤正人, 郷司和男, 岡田 弘, 荒川創一, 守殿貞夫 (神戸大), 辻 功, 篠崎雅史, 伊藤 登 (社保神戸中央) 症例は51歳, 女性。主訴は背部痛。画像診断にて右腎中央部からやや上極にかけて最大径 3 cm の脂肪成分を主とすると思われる腫瘍を認め, 下大静脈内に腫瘍の浸潤と思われる所見を認めた。根治的右腎摘除術および下大静脈内腫瘍塞栓摘除術を施行した。摘出標本の HE 染色では腫瘍のほぼ全体が成熟した脂肪組織で構成されており, その中に散在性に平滑筋組織と血管組織を認め, HMB45 染色にて茶褐色の陽性細胞が認められ, 病理組織上, 腎血管筋脂肪腫と診断された。下大静脈内腫瘍塞栓を伴う腎血管筋脂肪腫は本邦3例目, 欧米の報告と合わせて10例目に当たり, 若干の文献的考察を加えて報告した。

診断に苦慮した若年性腎細胞癌の1例: 磯谷周治, 原 勲, 稲葉洋子, 藤澤正人, 郷司和男, 岡田 弘, 荒川創一, 守殿貞夫 (神戸大) 症例は21歳男性。主訴は突然の左側腹部痛。画像診断で左腎に血腫様の腫瘍性病変を認めた。左腎自然破裂と診断したが, 悪性病変を否定できず, 針生検を施行したところ, 腎細胞癌の病理診断であったため, 根治的左腎摘除術を施行した。組織学的に, RCC, granular subtype, pT2, INF β で, 被膜下に血腫を認め, 腎細胞癌自然破裂と診断した。自然破裂を伴った腎細胞癌の報告として, 自験例は本邦17例目であり, その内で最も若年発症例であった。それらの報告例中, 術前に腎細胞癌と診断し得ている症例は70%であった。自験例の腫瘍部は血管造影で avascular であり, 画像診断で確定診断を得られず, 腎生検が診断に有用であった。

若年性腎細胞癌の1例: 松岡庸洋, 芝 政宏, 垣本健一, 原 恒男, 小田昌良, 小出卓生 (大阪厚生年金) 症例は14歳, 男性。主訴は左腰背部痛。1996年3月10日, 左腰背部痛出現し近医受診。腹部エコー。腹部 CT にて左腎に腫瘍を認めたため, 当科紹介受診となった。腹部 CT では左腎上極に充実性腫瘍を認め, 明らかなリンパ節

腫脹は認めなかった。左腎動脈造影では軽度血管増生のある腫瘍を認めた。以上より左腎細胞癌を疑い、1996年4月10日根治的左腎摘除術を施行した。腫瘍断面は充実性で灰褐色、大きさは6×5×5 cmであった。病理組織学的所見は腎細胞癌、乳頭型、顆粒細胞亜型、G2、INF α 、pT2、pV0であり、病期分類II期に相当した。術後7カ月を経過した現在、再発、転移はなく、生存中である。若年者の腎細胞癌は比較的低頻であるといわれているが、未報告例も多数あると思われる、腎腫瘍の診断時には注意すべきものであると考えられた。

集合管由来と考えられた腎細胞癌 (Collecting duct carcinoma, CDC) の1例: 木南正樹, 柯 昭仁, 羽間 稔 (淀川キリスト教), 武田善樹 (同病理) 症例: 59歳, 女性。主訴は左腰部痛。超音波検査およびMRI, CTにて、著明な水腎症および腎門部から大動脈周囲にsoft tissue massを確認。さらに左腎摘出時の腎盂尿の細胞診にてTCC class 5が得られたことより、大動脈周囲リンパ節転移を伴う腎盂腫瘍と診断して手術を施行した。術後病理組織診断にて、腎細胞癌成分と移行上皮癌成分が混在する腎癌との報告を受け、後日施行された免疫組織学的検査にて(CK7, CK19, PNA)集合管マーカーが陽性であったことより、最終的に混合型の集合管由来の腎癌(collecting duct carcinoma)と診断された。

両側同時発生と考えられた多房性嚢胞状腎細胞癌の1例: 長濱寛二, 奥野 博, 小川 修, 寺井章人, 寺地敏郎, 岡田裕作, 吉田 修 (京都大) 46歳男性。人間ドックの超音波検査で右腎上極に壁の一部肥厚を有する嚢胞を認め当科紹介。精査にて、左腎下極にもDynamic CTで造影効果陽性の隔壁を有する嚢胞を認め、右腎上極(大きさ3.3×3.2 cm)と左腎下極(大きさ1.8×1.7 cm)の腎細胞癌, T2N0M0, Robson Stage Iの診断で両側腎部分切除術を施行した。病理学的には多房性嚢胞状腎細胞癌、淡明細胞型, pT2N0M0, G2, pV(-)であった。なお、術中超音波断層法は嚢胞内部の形態の診断に有用であった。われわれが検索しえたかぎりでは、自験例は両側同時発生多房性嚢胞状腎細胞癌の本邦報告例の第2例目であった。

同側尿管転移の見られた左腎細胞癌の1例: 堀川直樹, 金子佳照 (県立三室), 下村英明 (同病理) 症例: 66歳男性。主訴、左腎腫瘍の精査。1995年3月頃より視力の低下を自覚し、1996年4月9日、当院眼科を受診した。その際、血糖値異常指摘され精査中、腹部エコーで左腎腫瘍を認め、1996年4月9日、当科受診した。諸検査の結果、stage T3N0M0の左腎腫瘍と診断し、7月17日、根治的左腎摘出術を行った。病理組織学的には、胞果型、淡明細胞型, G2, INF α , pT3a, pN0, pV0の腎細胞癌であった。尿管断端に淡明細胞型の腫瘍細胞を認め、尿管転移と診断し、8月21日、遺残尿管摘出術を行った。摘出した尿管に腫瘍細胞は認めなかった。術後、INF α の投与を行い、遺残尿管摘出後4カ月の現在まで経過良好である。

長期の自然経過を観察し得た腎細胞癌の2例: 井上貴博, 岩村浩志, 兼松明弘, 日裏 勝, 橋村孝幸 (国立姫路) 81歳男性。1989年2月肉眼的血尿にて当科初診。CTにて右腎細胞癌が疑われたが、心房中隔欠損症、三尖弁閉鎖不全症、僧房弁閉鎖不全症の合併もあり、無治療で経過観察している。原発巣はやや増大し、腎静脈内に腫瘍塞栓を認める。また縦隔リンパ節の腫大も出現している。37歳女性。1984年8月、突然の右側腹部痛にて他医に救急搬送され、CTにて出血を認める腎腫瘍を指摘された。その後約8カ月ほど経過観察したが、増大傾向なく放置されていた。1996年5月ふたたび突発性の右側腹部痛あり当科紹介。さまざまな画像診断と臨床経過から腎血管脂肪腫を疑い、腎部分切除術施行。病理診断は腎細胞癌 clear cell subtype, G1であった。5カ月経つ現在再発を認めない。2例とも無治療で長期の間経過観察し得た貴重な症例である。

6年前より認められていた後腹膜腫瘍が腎細胞癌のリンパ節転移と組織学的に判明した1例: 難波行臣, 後藤康隆, 本城 充, 菅尾英木 (箕面市立), 野澤昌弘, 西村憲二 (阪大) 73歳。男性。主訴は肉眼的血尿。1989年腹部CTにて約4 cmの左後腹膜腫瘍を認められたが、本人が手術を拒否し放置していたところ、徐々に増大し疼痛が増大し姑息的治療として1995年8月腫瘍・左腎・脾・膀胱尾部分切除術を施行。重量は780 gであった。組織学的には、papillary type, granular cell subtype, G2, INF β , pT1の腎細胞癌であった。また

後腹膜腫瘍も同様の組織であり腎細胞癌のリンパ節転移と診断された。術後1年3カ月後の現在後腹膜リンパ節転移の再発も認めたためインターフェロンの投与を行っている。

腹圧性尿失禁に対する術式による比較, 検討: 大西規夫, 中平洋子, 杉山高秀, 朴 英哲, 栗田 孝 (近畿大) 失禁防止術を行った患者にアンケート調査を行い、腹圧性尿失禁に対する術式による検討を加えた。アンケート調査時、尿禁制は膀胱頸部吊り上げ術では7割強、経尿道的コラーゲン注入療法では4割強にえられていた。Raz法などの膀胱頸部吊り上げ術は術後1~2年を経た後も失禁の再発が散見された。これは脆弱な支持組織を用いて2点で膀胱頸部を吊り上げる術式であるためと考えられた。この点Sling法はRaz法などに比べ、ハンモック効果による尿道後壁の固定が強くtype Iやtype II症例にも適していると考えられた。アンケートから患者の手術治療に対する期待はわれわれの想像以上に大きいことが伺い知れた。

ビルハルトツ住血吸虫症の1例: 峠 弘, 渡辺俊幸, 藤永卓治 (和歌山労災) 31歳, 男性。1989年から約3年6カ月間アジア・中近東・アフリカへの渡航歴がある。1994年12月頃から無症候性肉眼的血尿が出現し、1995年7月4日当科受診となった。精査の結果は不明で経過観察としていた。1996年5月に同症状で再診となり、膀胱鏡検査で三角部~右尿管口を中心に肉芽形成とポリープ状の小結節状変化を認めた。検尿で血膿尿と70×170 μ mで後端に特有の突起をもつ虫卵が全視野で18個認められた。尿培養は陰性で尿細胞診もclass IIであり、便中に虫卵は確認されなかった。膀胱生検で多数の炎症細胞浸潤を伴った中等度の異形性で、毛細血管内に虫卵が確認された。ビルハルトツ住血吸虫症と診断し、プラジカンテルを3.6 g/dayで2日間投与した。投与後1カ月で尿中虫卵が陽性であったことから、1クール追加投与を行い尿中虫卵は陰性化した。

膀胱異物の2例: 志水清紀, 岩尾典夫 (岸和田徳洲会) 症例1は33歳男性。1994年10月22日、子供のオモチャのビニールチューブを外尿道口より挿入していたところ抜去不能となった。その後、排尿時痛が出現したため、翌日に当科外来を受診し、入院となった。KUBにてビニールチューブの陰影を認め、経尿道的異物除去術を施行した。異物は直径2 mm, 長さ20 cm, の両端にキャップを持つビニールチューブであった。症例2は24歳男性。1994年10月26日、ペン型消しゴムを外尿道口より挿入していたところ抜去不能となった。放置していたが、排尿時痛が出現し、これが増強してきたため、5日後の10月31日に当科外来を受診し、入院となる。KUBにて屈曲した消しゴムの陰影を認め、経尿道的異物除去術を施行した。炎症によると思われる膀胱の易出血性のため摘出は困難であった。異物は直径7 mm, 長さ9 cmのペン型消しゴムであった。この症例は、1996年5月10日に前立腺炎にて来院し、この際にKUBを施行するも結石陰影および膀胱異物の再発は認めなかった。

レーザー照射術を施行した間質性膀胱炎の1例: 島田 治, 大口尚基, 吉川 聡, 六車光英, 小山泰樹, 三上 修, 松田公志 (関西医大) 症例は68歳女性。1993年11月より頻尿、蓄尿時の膀胱部痛にて、数カ所の泌尿器科で治療を受けたが軽快しないため1995年1月当科を受診。尿細胞診陰性。膀胱鏡で疼痛に一致して頂部右側にHunter's ulcerと思われる粘膜の亀裂を認め、生検にて肥満細胞の浸潤著明、間質性膀胱炎と診断した。水圧による膀胱拡張、電気焼灼により症状は一時軽減したが、数カ月後再発した。同年8月、粘膜の亀裂にYAGレーザーを粘膜面が白くなるまで照射したところ、症状は著明に軽減した。同年11月には症状が再発しDMSOの膀胱注を4回行い軽減していたが、再び症状が増強したため1996年8月YAGレーザーを再照射した。現在再照射後3カ月になるが、膀胱部痛はほとんど認めず、夜間排尿回数も1回のみと経過良好である。

原発性限局性膀胱アミロイドーシスの1例: 前田信之, 西崎伸也 (市立芦屋病院) 患者は52歳の男性で主訴は無症候性肉眼的血尿である。膀胱鏡検査で膀胱の前壁から右側壁にかけて広基性の腫瘍性病変を認め、膀胱腫瘍の診断で経尿道的膀胱腫瘍切除術を施行した。病理組織では悪性所見は認めず、粘膜下にアミロイド様の無機構造物の沈着を認めた。Congo-red染色で橙赤色に染まり、偏光顕微鏡で緑色の複屈折を示した。全身検索を行ったところ他臓器に異常を認めず、原発性限局性膀胱アミロイドーシスと診断した。膀胱アミロイ

ドーシスは稀な疾患で自験例で本邦44例目と考える。治療としては経尿道的手術のみで経過観察するのが一般的であり、自験例も経尿道的手術のみで尿尿は消失し術後10カ月が経つ現在経過良好である。

巨大膀胱憩室の1例：佐藤 暢，山尾 裕，中西弘之，南口尚紀，三神一哉，鴨井和美，杉本浩造，渡辺 真，小島宗門，渡辺 決（京府医大） 79歳，男性。排便障害を主訴に当院内科を受診。右下腹部に小児頭大の腫瘤を触知し，CTを施行したところ膀胱右背側に嚢胞状陰影を指摘され，精査のため当科紹介となった。腹部超音波検査にて膀胱と交通を有する嚢胞が描出され，膀胱憩室が強く疑われた。導尿の結果，約2,300 mlの排尿が認められた。膀胱造影を行ったところ，造影剤の注入を500 mlにとどめたにもかかわらず，膀胱の右上方に8×8×15 cmの嚢胞状陰影が認められた。巨大膀胱憩室はいくつかの定義があるが，本症例はすべての定義をみたしていたため巨大膀胱憩室と診断した。また前立腺肥大症も合併しており，憩室の一因と考えられたため，憩室粘膜剝離術を行うとともに前立腺被膜下摘除術も行った。術後の膀胱造影では憩室の消失が認められた。

G-CSF産生膀胱腫瘍の1例：伊藤 聡，吉田直正，米田幸生，岩井謙仁（和泉市立），林 真二（長堀） 症例は79歳，女性。約3週間前からの頻尿，排尿時痛，肉眼的血尿のため，1994年6月22日，当科を紹介受診した。膀胱内は腫瘍に占拠され，DIPでは右水腎症，CT，MRIでは右内外腸骨リンパ節転移を認めた。腫瘍生検結果はSCC>TCC，G3。7月14日に両側尿管皮膚瘻を造設。腫瘍は腫大した骨盤内リンパ節，右内腸骨動脈と一塊となって骨盤壁に癒着し，膀胱全摘は不可能であった。9月に左鎖骨下リンパ節転移，12月に肺転移が出現。全身状態が不良なため化学療法等を追加することなく翌年1月3日に死亡。なお入院時には18,800/mm³であった末梢血中白血球数が経過を通じて増加し，死亡直前には76,200/mm³に達した。血中G-CSF濃度は測定していないが，抗G-CSFモノクローナル抗体を用いた免疫染色により腫瘍細胞の細胞質が染色されたため，G-CSF産生膀胱腫瘍と診断した。

膀胱 Carcinosarcoma の1例：中村晃和，中村雅至，前川幹雄，大江 宏（京都第二赤十字），加藤元一（同検査部病理） 症例は，66歳の男性で肉眼的血尿を主訴に1996年6月11日当科を受診した。初診時膀胱鏡検査で膀胱腫瘍を認め6月18日入院となる。精査の結果carcinosarcoma，術前臨床病期T1N0M0と診断し，1996年7月18日に膀胱全摘除術，回腸導管造設術，骨盤内リンパ節郭清を行った。病理組織学的検討TCC+SCC+chondro-sarcoma，pT1b，G2>G3との診断を得た。HE染色では癌腫の部分と肉腫の部分をはっきり区別でき移行形と思われる箇所は認めなかった。免疫組織学的検討ではサイトケラチン，EMAでは癌腫の部分で陽性，肉腫の部分で陰性であった。S100では癌腫の部分で陰性，肉腫の部分で陽性であった。最近の研究では癌腫から肉腫が発生することはないかと考えられているが，今回の検討では上皮よりの発生とはいいたいと思われた。

膀胱全摘後に両側上部尿路に再発を認めた1例：松田 淳，別所偉光，上水流雅人，寺田隆久（白鷺） 67歳，男性。主訴は頻尿。膀胱内に多発性，乳頭状，広基性の腫瘍性病変を認めた。生検を施行しG3，TCCが検出され，T2，N0，M0の膀胱腫瘍と診断し1994年10月26日膀胱全摘除術，回腸導管造設術を施行。術後水腎を認め腎盂腎炎を繰り返し腎機能が次第に低下した。両側腎盂尿管に多発性に陰影欠損を認め尿管尿よりclass Vが検出された。両側上部尿路腫瘍と診断し1996年7月31日両側腎尿管全摘除術，回腸導管切除術を施行した。病理組織で両側腎盂尿管，左吻合部にG3，TCCを認めた。膀胱全摘術後上部尿路に再発を認めることは稀で割合は2%から4%程度である。本邦報告例は自験例で21例目，両側に発生した例は3例目である。膀胱全摘除術後の症例も腫瘍の発生を考慮し上部尿路に対して慎重に経過を観察する必要があると思われた。

膀胱内に発生した偽肉腫型線維粘液様腫瘍の1例：浅妻 顕，川喜田睦司，寺井章人，寛 善行，岡田裕作，吉田 修（京都大），渡辺千尋，山辺博彦（同病理部） 症例は58歳女性。主訴は残尿感，頻尿。1992年より骨粗鬆症のためエストロゲン製剤を服用していた。52歳の閉経時より膀胱炎を繰り返していた。1996年5月より膀胱炎症状を訴え，6月当科受診した。膀胱鏡にて左尿管口近傍に拇指頭大の腫瘤を認め，生検にて偽肉腫型線維粘液様腫瘍と診断された。7月当科

入院のうえ経尿道的に切除した。免疫組織学的染色ではvimentin (+)， α -SMA (±)，desmin (-)，myoglobin (-)，keratin (±)，EMA (-)，S-100 (-)であった。本疾患は間葉系細胞の反応性増殖と考えられ，間葉系悪性腫瘍との鑑別が重要で，多形性に乏しいこと，核分裂像が少ないことが診断の決め手になる。術後3カ月で腫瘤の増大を認めていない。

成人にみられた原発性膀胱横紋筋肉腫：松田久雄，永野哲朗，門脇照雄（済生会富田） 43歳，男性。1990年から左腎尿管結石で他院で治療，経過観察されていた。尿細胞診ではclass IVで移行上皮癌を疑わせる所見があり，膀胱生検の病理組織検査は横紋筋肉腫を疑わせるものであった。動注化学療法による腫瘍の縮小を図るも効果なく1月29日膀胱全摘術，回腸導管造設術を施行したが，病理組織学的所見は横紋筋肉腫INF β ，pT1であった。リンパ節への転移はみられなかったが，術後約2カ月で癌死に到った。腫瘍は粘液腫状の間質内に大型の核，核小体と幅広く好酸性の胞体を持つ異型細胞が浸潤していた。一部では，横紋様の構造も見られ，腫瘍細胞胞体内にPSA染色でグリコーゲン顆粒が証明された。さらに免疫組織化学的検索においてデスミン，vimentin，ミオグロビン染色に陽性反応を示した。以上の結果より，胎児型横紋筋肉腫と診断した。

TURで切除した膀胱褐色細胞腫の1例：川上 隆，永吉純一，趙順規，丸山良夫（大阪中央総合） 50歳，男性。50歳時に急性心筋梗塞の既往あり。主訴は排尿困難であった。現病歴は1995年7月29日胸痛感出現し当院内科受診。急性心筋梗塞の診断にてPTCA施行。この際に尿道カテーテルを留置される。尿道カテーテル抜去後，排尿障害出現し，8月5日当科初診となる。以前に高血圧，肉眼的血尿，排尿時発作（動悸，胸痛感等）を自覚したことはない。膀胱鏡にて膀胱の粘膜下腫瘍と診断され，9月5日腰椎麻酔下にTUR-Btを施行。病理診断は膀胱褐色細胞腫であった。術後，尿中カテコラミン，血中カテコラミンを測定したが正常であった。切除断端がnegativeであったこともあり，本症例では追加手術を施行せず外来にて経過観察とした。自験例は本邦59例目に当たると考えられる。

人間ドックにより発見された骨盤内平滑筋肉腫の1例：室崎伸和，辻畑正雄，関井謙一郎，伊東 博，吉岡俊昭，板谷宏彬（住友） 症例は60歳男性。主訴はなく，家族歴，既往歴に特記すべきことなし。1996年3月，当院人間ドックの前立腺直腸診にて肛門輪より4 cmのところで，12時の方向に表面平滑で可動性のない弾性軟な腫瘤を触知したが，その他の自他覚的所見に異常を認めず，USG，DIP，UCG，CT，MRI，血管造影，注腸透視にて直腸左側壁原発の径9×9×8 cmの平滑筋肉腫と診断し経直腸的針生検を施行。low grade malignancyの平滑筋肉腫と診断され骨盤内臓器全摘，回腸導管・人工肛門造設術を施行した。病理組織学的に核分裂像は強拡大で10視野に10～15個程度認め，直腸筋層原発のlow grade malignancyの平滑筋肉腫と診断された。術後8カ月目の現在再発を認めていない。平滑筋肉腫は平滑筋腫との鑑別が重要で，生検で平滑筋腫と診断されても摘除標本ではlow grade malignancyの平滑筋肉腫と診断されることがある。直腸癌に準じた術式が必要で局所再発や肝転移もあり，長期の経過観察が必要と考えられる。

尿道下裂術後の尿道狭窄および陰毛を核とした結石形成の1例：東由紀子，岡 泰彦，小川隆義（姫路赤十字），中塚栄治（中塚泌尿器科） 23歳，男性。排尿障害を主訴に受診。3歳時に近位尿道下裂に対し尿道形成術を施行されており，16歳頃より射精障害とともに排尿困難を自覚しはじめていた。外尿道口は陰茎腹側冠状溝下約1 cmに開口しており，陰茎根部に母指頭大の結石を触知した。内視鏡で前部尿道内腔に陰毛の密生と狭窄を認め，球部尿道に陰毛を核とした結石を確認した。それより中枢側の尿道は一部憩室様に拡張し，屈曲蛇行していた。結石は，超音波破碎術後に除毛剤を使用することで排石し得た。また同時に尿道ブジーを行い，前部尿道の拡張をはかった。術後は排尿状態は改善した。

上部尿路拡張をきたした前部尿道リングの1例：西川 徹（和歌山医大） 12歳，男性。1996年6月25日近医受診時，腹部エコーにて偶然右水腎症を指摘されたため当科を受診。排尿時膀胱尿道造影で，膀胱部付近に尿道狭窄像および後部尿道拡張を認め，また膀胱尿道鏡検査にて尿道は外括約筋よりも少し遠位側に2時から10時にかけてリン

グ状狭窄像を認めた。以上より前部尿道リング状狭窄と診断し1996年8月8日 cold knife による直視下内尿道切開術を施行した。術後狭窄部は拡張し、後部尿道は正常化した。3カ月目の IVP では右水腎症は改善、また連日認めていた夜間遺尿は週3回程度に改善した。今回、右水腎症を契機として発見され、cold knife による直視下内尿道切開術が有効であった前部尿道リング状狭窄の1例を報告した。

女子尿道 Clear cell adenocarcinoma の1例：今村正明，井上幸治，恵 謙，西村昌則，大森孝平，西村一男（大阪赤十字） 症例は75歳女性。1996年4月，頻尿を主訴に当科受診。腔内診にて腔前壁に，うずら卵大で石様硬の腫瘤を認めた。骨盤部 CT および MRI で径約2cm で尿道全周に存在する腫瘍を認めた。さらに CT では骨盤内リンパ節転移および縦隔リンパ節転移を認めた。経腔的腫瘍針生検での診断は腺癌。以上より，尿道腺癌，骨盤内リンパ節転移，縦隔リンパ節転移と診断し，前方骨盤内臓全摘術，骨盤内リンパ節郭清術，回腸導管造設術を施行した。摘出標本の病理組織診断は clear cell adenocarcinoma であった。術後，縦隔リンパ節転移に対して放射線療法施行予定だったが，患者の同意を得られず，行わなかった。現在術後6カ月で存命中である。本症例は本邦23例目の女子尿道原発 clear cell adenocarcinoma であり，診断時に縦隔リンパ節転移を認めた稀な進行症例であった。

市立堺病院泌尿器科，34年間の診療統計：岸本知己，梶川次郎，片山孔一，坪庭直樹，森 直樹（市立堺） 宿院に市立堺病院が，出来たのは1938年9月である。1950年7月に皮膚泌尿器科が新設された。1962年10月に泌尿器科として独立して，1996年9月まで，宿院の病院にて診療を行った。独立後の延べ外来患者数は，年平均11,745人で，最高は，1973年の18,849人。34年間の総外来患者数は，387,599人でした。延べ入院患者数は年平均7,698人で，最高は1972年の11,190人。34年間の延べ総入院患者数は，254,035人でした。手術治療の検討では，TUR の増加，結石開放手術の減少などが明らかとなった。南安井町の新病院は，8階建てでベッド数500，ICU，CCU，NICU，無菌室等を完備しており，リニアック治療計画室の患者3次元モデル再構築システムと，脳磁気測定装置も紹介した。

特発性副腎出血の1例：下垣博義，後藤紀洋彦，山中 望（神鋼） 41歳，男性。突然の右腰背部の疼痛のため受診。画像診断にて，脂肪成分優位な後腹膜腫瘍，または副腎からの出血が考えられたが，貧血が進行，原疾患の特定が困難なことから，根治的右腎摘除術施行した。組織学的に特発性副腎出血と診断された。成人における副腎出血は稀で，外傷，凝固異常，ストレス，手術後が危険因子とされているが，腫瘍からの発症も考えられるため，術前診断は困難である。術前画像診断では，MRI がもっとも有用とされ，T1 強調画像では，一般に不均一な腫瘍が認められ，とくに骨髓脂肪腫例では，脂肪成分を示す高信号領域を含む。T2 強調画像では，一部に低信号領域を含む，高信号な腫瘍と認められることが一般的である。特発性副腎出血の基礎疾患についての質的診断を下すことは困難であるが，MRI で，血腫の変性についての有用な情報が得られるものと思われる。

左腎被膜下出血と鑑別が困難であった後腹膜悪性リンパ腫の1例：中農 勇，壬生寿一，鳥本一匡，吉井将人，谷 善啓，吉田克法，平尾佳彦（奈良医大） 63歳，男性。左側腹部痛を主訴に近医受診，腹部 CT にて左腎周囲の腫瘍を指摘され当科へ入院した。血液検査にて，進行性の貧血，軽度腎機能障害，LDH 高値を認めた。左腎腫瘍の自然破裂による後腹膜出血の疑いにて全身麻酔下に左腎摘除術を施行。摘出標本は，9.5×15.5×6.0 cm，850 g，表面は平滑弾性軟で黄赤色を呈していた。腎周囲組織の病理診断は，malignant lymphoma, diffuse, mixed type であり，腫瘍細胞は，尿管，腎実質内および副腎組織に浸潤していた。術後20日目に胸水貯留を認め，術後32日目より THP-COP 療法を2コース施行し，胸水の消失および LDH の正常化を認め経過は良好である。後腹膜悪性リンパ腫は比較的稀な症例であり，自験例は本邦56例目であった。

後腹膜腔鏡下に摘出した副腎神経節神経腫の1例：本多正人，矢澤浩治，西村健作，三浦秀信，藤岡秀樹（大阪警察），吉岡俊昭，小角幸人（大阪大） 16歳女性。左側腹部鈍痛を主訴として施行された超音波検査で左副腎腫瘍を指摘された。内分泌学的検査，CT，MRI 等で内分泌非活性性左副腎腫瘍と診断され治療目的に当科に紹介され

た。針生検にて ganglioneuroma の診断を得たが，症状を有したことおよび若年であったことから後腹膜腔鏡下左副腎摘出術を施行した。腫瘍は 6×6×5 cm，72 g で病理診断も生検結果と同じであった。副腎神経節神経腫本邦報告例を90例集計し得た。近年報告例は増加傾向にあるがその原因は検診や他科疾患の精査中に発見される，いわゆる偶発腫瘍症例の増加によるものと考えられた。

化学療法が著効を奏した悪性褐色細胞腫の1例：野々村光生，添田朝樹，金岡俊雄，竹内秀雄，松尾光雄（神戸中央市民） 症例は63歳男性。胸椎，肺に転移のある左副腎悪性褐色細胞腫に対し，cyclophosphamide, vincristine, dacarbazine (CVD) による化学療法を行なったところ，腫瘍が著明に縮小し，初診時にみられた高血圧(200/120 mmHg)，下半身麻痺が徐々に改善した。化学療法前に高値であった血中カテコラミン，尿中カテコラミン，VMA，HVA も低下したが，化学療法20コース後も尿中 VMA，noradrenalin はやゝ高値であった。¹³¹I-MIBG の肺，胸椎転移部分への uptake は化学療法20コース後消失したが，左副腎腫瘍への uptake は残存したため，左副腎摘除術のはこびとなった。術後，尿中 VMA，noradrenalin も正常化した。初診時から45カ月を経た現在も患者は生存中で，腫瘍再増大の所見は認めない。

多発骨転移を認めた悪性褐色細胞腫の1例：東 拓也，金 聖哲，影林頼明，植村天受，平尾佳彦（奈良医大），宮内義純，三井宣夫（同整形外科），柿崎俊雄（同第二外科） 症例は，32歳女性。他院にて右下腹部痛に対する精査中に右副腎腫瘍を指摘され，精査および手術目的にて当科に入院した。諸検査にて内分泌非活性性右後腹膜腫瘍と診断し，1996年6月13日腫瘍摘出術を行い，病理学的に悪性褐色細胞腫の診断を得た。術後，頭蓋底骨の転移巣に対してはγナイフで，左腸骨の転移巣に対しては除去術にて治療を行い，悪性褐色細胞腫の骨転移と診断した。現在 NED にて生存中である。無症候性でしかも副腎外原発の悪性褐色細胞腫の報告は稀であり，術前診断が困難である場合が多い。また，悪性褐色細胞腫に対する有効な化学療法はなく，切除可能な病巣に対しては外科的治療が必要と考えられる。

自然腎盂外溢流をきたした医原性尿管狭窄の1例：根本康夫，西川徹（和歌山医大） 7カ月，女児。主訴は発熱。Hirschsprung 病に対する一期的根治術施行後2週目より発熱をきたし，当科紹介となった。US および CT にて右腎盂拡張および腎周囲から骨盤内に至る low density area を認めた。後腹膜ドレーンを留置したところ尿の流出がみられた。逆行性腎盂造影では下部尿管に狭窄を認め，カテーテル挿入は不可能であった。医原性尿管狭窄による自然腎盂外溢流と診断し，PNS を留置した上で50日間の経過観察を行ったが改善はみられなかったため，開腹術を施行した。右尿管は交差部下方で腹膜側に癒着，屈曲しその近傍に縫合糸が認められた。狭窄部を切除し尿管端端吻合を行った。術後20日目の IVP では右腎機能および尿管の通過性は良好であった。医原性尿管損傷および上部尿路外溢流をきたした医原性尿管狭窄について文献的考察を加え報告した。

静脈による腎盂尿管移行部狭窄の2例：日浦義仁，中川雅之，大口尚基，小山泰樹，中川義明，松田公志（関西医大） 異常血管に起因する腎盂尿管移行部狭窄は時々見られるが，静脈によるものは稀である。われわれは静脈による腎盂尿管移行部狭窄の2例を経験したので報告する。症例1は41歳女性。左腎盂尿管移行部狭窄に対し，endopyelotomy を施行するも水腎症は改善せず。静脈による尿管の圧迫が見られたため，腎盂形成術を施行した。術後，水腎症は軽度残っているが，疼痛は消失している。症例2は34歳男性。画像診断で異常血管である静脈に起因する腎盂尿管移行部狭窄と診断。静脈を切断した。腎盂内圧は低下し，水腎症は改善している。異常血管は動脈，動静脈，静脈の順に多く，静脈は稀である。異常血管が静脈の場合，切断しても問題はない。診断は血管造影によるが，近年の画像診断の進歩に伴い，スパイラル CT など侵襲の少ない検査で診断可能となってきている。腎盂尿管移行部狭窄では，常に異常血管の可能性を念頭に置き，検査を進めていく必要がある。

自家腎移植術を施行した嚢胞性尿管炎の1例：鞍作克之，長谷太郎，張本幸司，甲野拓郎，池本慎一，杉村一誠，仲谷達也，山本啓介，岸本武利（大阪市大） 67歳女性。主訴は全身浮腫。左水腎症および右萎縮腎による腎後性腎不全で左腎瘻造設術を施行。順行性腎盂

造影にて左下部尿管の高度の狭窄を認め、尿管鏡下に生検を施行し嚢胞性尿管炎と診断。その後 D-J stent の留置および交換を施行したが腎盂腎炎を繰り返し、尿管拡張術を施行するも効果認められなかったため、自家腎移植術および腎盂回腸膀胱新吻合術を施行。現在術後2年を経過し尿路感染症および腎不全を認めない。嚢胞性尿管炎の治療は近年尿管鏡等の内視鏡的診断技術の発達とともに保存的に行われる症例が増加しているが、化学療法に抵抗し尿路感染を繰り返す症例や腎不全を合併する症例には、本症例に行った様な尿路再建術の適用があると考えられる。

両側腎盂尿管腫瘍の2例：小野義春，乃美昌司，岡本雅之，武中篤，藤井昭男（兵庫成人病セ），木崎智彦（同病理），岡 泰彦（姫路日赤） 症例1；87歳男性1996年1月左尿管腫瘍の診断にて左腎尿管全摘術施行（T.C.C G2pT2）。術後約6ヵ月右上部尿管に再発し右尿管部分切除，尿管端端吻合術施行した。（T.C.C G2pTa）症例2；68歳男性1998年右腎盂腫瘍の診断にて右腎尿管全摘術施行（T.C.C G2pT3）。術後補助化学療法 MVP-CAB（Day 1: MTX 20 mg/m² VCR 0.6/m² CPM 500 mg/m² ADM 20 mg/m² BLM 30 mg/body Day 2: CDDP 60 mg/m²）3クール施行するも尿細胞診陽性を認めた。画像診断上異常を認めず左腎盂洗浄尿細胞診，左尿管カテーテル尿細胞診にて class IV 認めたため左上部尿路 CIS の診断にて MMC 20 mg の逆行性灌流療法を40回施行した。中部尿管に狭窄をきたしたが現在5年4ヵ月経過し再発を認めていない。

CA19-9 産生尿管腫瘍の1例：瀬川直樹，山本員久，和辻利和，鈴木俊明，上田陽彦，高崎 登，勝岡洋治（大阪医大） 58歳，男性。1986年9月尿道腫瘍の診断にて当科で経尿道的腫瘍切除術をうけた。術後5年間，再発は認められなかった。1996年4月頃より無症候性肉眼的血尿が出現し持続するため当科を受診した。膀胱鏡，DIP および RP にて右尿管腫瘍と診断され，同年7月1日入院し，8月8日右腎尿管全摘除術をうけた。右尿管内には約7cmにわたり乳頭状腫瘍が存在し，組織学的診断は移行上皮癌，G3，pT1，pR1，pL0，pV0，pN0であった。術前，血中 CA19-9 が高値を示し，術後6週には正常域まで下降した。酵素抗体法による検索では癌細胞が CA19-9 陽性に染色され，膀胱に突出する右尿管腫瘍と考えられた。CA19-9 は臨床経過と一致して変動し，再発時のマーカーとして有用とされており，今後厳重な経過観察が必要であると考えられた。

尿管肉腫様癌の1例：永吉純一，川上 隆，趙 順規，丸山良夫（松阪中央総合病院） 60歳，女性。40歳時に卵巣癌（未分化胚細胞腫），53歳時に肺転移の既往歴あり。右側腹部痛を主訴に1996年5月20日他医受診。腹部超音波検査にて右水腎症を指摘され，5月30日当科紹介受診。精査の結果，膀胱に突出する右尿管腫瘍の診断にて，6月24日右腎尿管全摘除術および膀胱部分切除術施行した。摘出標本は重さ 253 g で，尿管全域にわたって非乳頭状，有茎性の腫瘍が多発し，膀胱部に突出した腫瘍の大きさは 3×3 cm であった。病理組織学的診断は，移行上皮癌と異形紡錘細胞を認め，両者の連続性を示す部分を認めることと，免疫染色にて肉腫成分に上皮性マーカーの cytokeratin を認めることから，尿管肉腫様癌（pT2）とした。術後5ヵ月が経過し，再発，転移はなく生存中である。尿管肉腫様癌は稀で，本邦6例目であった。

尿管の腫瘍性病変に対する尿管鏡生検の意義について：能勢和宏，森本康裕，禰宜田正志，永井信夫（耳原総合），尼崎直也（大阪通信），栗田 孝（近畿大） 症例1は49歳女性。肉眼的血尿にて近医より紹介受診。IVP にて右水腎症を認め，RP 造影にて右下部尿管に陰影欠損と尿管の不整像を認めた。尿細胞診では異常はなかったが，RP 造影および CT では尿管腫瘍性の疑いがあり，尿管鏡生検を施行したところ慢性炎症だったため，右尿管部分切除，尿管端々吻合術および右付属器切除術施行した。病理診断では尿管子宮内腺症だった。症例2は58歳男性。左水腎症があり，IVP，腹部 CT および AP 造影を施行，左腎尿管結石と左の尿管狭窄があったがしばしば尿細胞診にて class 4 が指摘されるようになったため尿管鏡生検を施行した。病理診断は，TCC，G3 であったため左腎尿管全摘出術施行，摘出尿管標本でも TCC，G3 であった。尿管鏡生検には腫瘍細胞播種などの問題点もあるが，診断困難な尿管腫瘍に於けるその有用性を確認したので，今後，積極的に施行していきたい。

前立腺全摘除術後種々の重大な合併症を起こした1例：岡本恭行，原口貴裕，川端 岳（三田市民），吉川耀平，前橋延光（同内科），立花裕士（神戸労災），梅津敬一（国立神戸） 症例は74歳男性。前立腺癌（stage B₁）にて前立腺全摘除術施行。その際，術前貯血式自己血輸血施行。術後7日目に肺梗塞を起こし，その後骨盤内 MRSA 感染・出血性胃潰瘍・急性胆嚢炎・狭心症・帯状疱疹を続発したが73日目に軽快退院した。この症例で最も重大な合併症は肺梗塞であり，胸痛出現5時間後に肺動脈造影で診断し同時に治療を開始した。本症例では軽快しえたが，術後静脈血栓のリスクファクターを検討すると，術前貯血式自己血輸血の時使用するエリスロポエチン製剤が関与している可能性が考えられた。近年，術後合併症として肺梗塞の報告例が増加しており，術前より肺梗塞への対策を計画的に行う必要があると思われる。

前立腺全摘除術にて初めて診断が可能であった非特異性肉芽腫性前立腺炎の1例：武嶋 淳，種田倫之，小倉啓司（音羽），渡辺千尋（同病理） 症例は60歳，主訴は頻尿。直腸診，経直腸前立腺エコー，MRI で前立腺癌を疑い，生検の病理診断は前立腺癌，Gleason grade 5。前立腺癌，stage B2 の術前診断で前立腺全摘除術を施行したが，全摘標本の病理診断は非特異性肉芽腫性前立腺炎であった。非特異性肉芽腫性前立腺炎は直腸診，経直腸前立腺エコー，生検の HE 染色では低分化前立腺癌との鑑別が不可能なことがあり，癌として内分泌療法や前立腺全摘除術が施行されている症例を散見する。生検で低分化前立腺癌と診断された場合，特に血清 PSA が正常な場合，非特異性肉芽腫性前立腺炎を除外するために PSA や Lysozyme などの免疫組織化学染色を考慮する必要があると思われる。

前立腺癌の陰茎転移の1例：今村亮一，新井康之，日黒則男，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68歳男性。主訴は陰茎硬結。1992年7月，前立腺癌，中分化腺癌 stage D2 と診断し，内分泌療法を施行。1996年2月，前立腺特異抗原（PSA）は測定感度以下にあ関わらず原発巣および骨転移巣の増悪を認め，再燃と診断。転移巣の疼痛があったため同部に放射線療法を施行。6月，陰茎に径1cm大の周囲に発赤を伴う無痛性腫瘍を2ヵ所認めたため生検を施行した。病理診断は低分化型腺癌であり，前立腺癌の陰茎転移と診断し，放射線療法（42 Gy）を施行するが病状は進行し，3ヵ月後に死亡した。解剖所見では肺，肝臓，骨，リンパ節に多発性転移を認めた。

経皮的碎石術を施行した Indiana pouch 内結石の1例：高尾徹也，岡 大三，井上 均，月川 真，三好 進（大阪労災），水谷修太郎（大阪労災看護学） 症例は59歳，男性。1991年12月18日膀胱腫瘍（TCC，G3，pTisNOM0）で膀胱全摘除術および Indiana pouch 造設術施行した。1993年12月，DIP でパウチ内結石発生を認めたが，自覚症状がなく患者本人が治療を拒否し放置されていた。1996年8月 DIP で結石の増大傾向を認めたため再入院した。入院後パウチ内結石に対して硬膜外麻酔下に経皮的破碎術を施行した。超音波ガイド下にパウチを穿刺，拡張し硬性腎盂鏡を使用し結石を破碎摘出した。摘出重量は1.6gで，結石分析はリン酸カルシウム66%，シュウ酸カルシウム34%であった。術中ステープルなどの異物は確認できなかった。Indiana pouch 内結石の治療として ESWL やストマを經由した内視鏡的方法による碎石などが困難な症例では経皮的碎石術は有用であると思われる。

直腸腔瘻を続発した膀胱腔直腸瘻の1例：原 恒男，芝 政弘，松岡庸洋，垣本健一，小田昌良，小出卓生（大阪厚生年金） 患者は62歳，女性。主訴は血尿，排尿時痛および頻尿。1968年（37歳時）子宮癌に対し，腹式子宮全摘除術および放射線療法を受けた。1994年3月血便をきたし，同年12月には直腸腔瘻を形成，膣から糞便の流出を認めたが経過観察されていた。1995年6月血尿，排尿時痛および頻尿が出現し，当科初診。骨盤部 CT，膀胱鏡検査などにて，膀胱の瘻孔形成が危惧され，人工肛門造設術を施行したが，その7ヵ月後に膀胱腔瘻を形成。尿道バルーンカテーテルを留置するも，尿の膣からの流出は止まらず，逆に肉眼的血尿が出現，増悪したため回腸導管造設術を施行した。術後経過は順調で，ストーマは2箇所あるものの，患者の生活の質は向上し，現在快適な生活を送っている。尿路腸管腔瘻に関連して若干の文献的考察を追加した。

S 状結腸癌の膀胱浸潤に対し膀胱拡大形成術を施行した2例: 塩塚洋一, 三宅 修, 野々村祝夫, 児島康行, 小角幸人, 三木恒治, 奥山明彦 (大阪大), 岡村 修, 門田卓士 (同第二外科) 症例1は56歳男性。主訴は肉眼的血尿, 排尿時痛。症例2は57歳男性。主訴は頻尿, 排尿時痛, 肉眼的血尿。症例1, 2とも骨盤部 MRI, 内視鏡下生検術等にて S 状結腸癌の膀胱浸潤と診断され, S 状結腸切除術, 膀胱拡大形成術を施行した。術後症例1, 2とも現在まで自排尿可能で, 残尿は 100 ml であるが, 一回尿量は 400 ml 以上と十分な膀胱容量であり, uroflowmetry の結果も良好であった。今回われわれが調べ得たかぎり膀胱部分切除, 膀胱形成術を施行した症例は25例あり, そのうち5年生存例は8例である。

直腸癌浸潤により回腸導管直腸瘻を認めた1例: 中山雅志, 伊藤喜一郎, 東田 章, 高羽夏樹, 藤本宜正, 中森 繁, 佐川史郎 (大阪府立), 渡辺洋敏 (同外科) 74歳, 男性。膀胱腫瘍に対し膀胱全摘除術, 回腸導管造設術施行後1年8カ月目に, 発熱, ストーマからの糞尿, 下痢を認め当科受診。導管造影にて直腸, S 状結腸および小腸が造影された。尿と腸内容を隔絶するため両側腎瘻を造設した。直腸ファイバーにて直腸に全周性の腫瘍を認め, 生検の結果中分化型腺癌であった。以上より直腸癌浸潤による直腸一回腸導管一小腸瘻と診断し, ハルトマン手術, 回腸導管切除術, 小腸部分切除術を施行。尿路変更は術前造設した両側腎瘻を用いた。摘除標本にて導管と小腸の付着部に腫瘍は確認されず, 直腸癌浸潤による直腸一回腸導管瘻とそれによる導管の固定化のため生じた回腸導管一小腸瘻と考えられた。回腸導管瘻は稀で文献上16例目, 直腸癌によるものとしては1例目であった。

術後21年目に認めた直腸 S 状結腸膀胱内腺癌および尿管移行上皮癌の1例: 高羽夏樹, 中森 繁, 中山雅志, 東田 章, 藤本宜正, 伊藤喜一郎, 佐川史郎 (大阪府立), 渡辺洋敏 (同外科) 73歳, 男性。膀胱腫瘍に対し膀胱全摘除術, 直腸 S 状結腸膀胱造設術を施行後21年目に肉眼的血尿が出現し当科受診。IVP で右水腎症を, 尿細胞診で TCC を認めたため精査加療目的に入院。内視鏡下生検で直腸癌 (腺癌) を認めた。両側経皮的腎瘻造設術施行後, 肛門および右腎瘻の尿細胞診で腺癌と移行上皮癌を認めた。直腸切除術を施行し, 凍結切片で右尿管下端部に TCC を認めた。直腸癌は腹膜播種の状態であったため長期予後が期待できず, 右尿管全摘除術は施行せず右尿管皮膚瘻を造設し, 左尿管は結紮し左腎瘻状態とした。病理診断は尿管移行上皮癌 (G1, pTis, ly0, v(-)) および直腸癌 (高分化型腺癌) であった。直腸 S 状結腸膀胱術後の重複癌の第一例目と思われる。

尿路結核に対する回腸利用膀胱拡大術後に回腸膀胱に発生した腺癌の1例: 小泉修一, 上仁数義, 片岡 晃, 中井 誠 (宇治徳洲会) 症例は, 55歳女性。主訴は, 頻尿。既往歴は37年前の18歳時に, 尿路結核にて左腎摘出術および回腸利用膀胱拡大術を施行されている。1994年5月より頻尿を自覚し近医受診。腹部エコー, CT にて膀胱腫瘍が疑われ当科入院となった。膀胱鏡所見は, 後三角部の回腸膀胱部に小指頭大の乳頭状腫瘍を認めた。回腸膀胱に発生した膀胱腫瘍の術前診断のもと, 1994年8月23日膀胱部分切除術および回盲部を用いた膀胱拡大術を施行した。病理組織学的診断は, 中分化型腺癌で深達度は固有筋層までであった。術後2年経過した現在, 再発所見はないものの残尿が多く, 尿路感染症を頻発するため間欠的自己導尿にて経過観察中である。本邦において, 回腸利用膀胱拡大術後の膀胱腫瘍は自験例を含め8例である。治療は, 6例に膀胱全摘除術, 2例に部分切除術が施行されていた。

梅毒性精巣炎の1例: 中野 康, 長久裕史, 原田益善 (新須磨), 後藤章暢 (神戸大), 前田 盛 (同病理) 症例は75歳, 男性。左陰囊内容の無痛性腫脹を認め当科を受診した。精巣は鶏卵大に腫大し弾性硬であった。超音波検査では精巣のほぼ全体が低エコー像を示した。腫瘍マーカーは正常であった精巣腫瘍を疑い左高位精巣摘除術を施行した。精巣は表面平滑で, その断面は, ほぼ全体が乳白色および黄白色の充実性組織で占められていた。病理組織学的にはリンパ球, 形質細胞を主と戦る炎症細胞の浸潤および壊死を認め非特異的梅毒性精巣炎であったが, 梅毒血清反応が強陽性であるため, 更に PCR (polymerase chain reaction) 法を施行し梅毒性精巣炎と診断した。術後, 駆梅毒療法を施行し, 現在外来にて経過観察中である。晩期梅毒では組織中の *Treponema pallidum* の証明は困難なことが多いが PCR

法は有効であった。

CAPD 療法を維持しつつ腹腔鏡下性腺摘出術をおこなった性分化異常・慢性腎不全症例: 曾我弘樹, 小西 平, 吉貴達寛, 朴 勺, 友吉唯夫 (滋賀医大) 症例は, 性分化異常のある14歳戸籍上女性。生下時, 外陰部異常があり, 染色体検査が 46XX で女兒とされ (他院), 1歳5カ月のとき滋賀医大泌尿器科紹介, 3歳時に陰核形成術と左性腺 (精巣) 摘除施行。9歳時に慢性腎不全で CAPD 開始。今回, 顔貌・音声など男性化が進み入院。テストステロン 3.1 ng/ml, SRY 遺伝子 (-)。高度尿道下裂を伴う XX male と考えられたが, 戸籍の現状維持のため, 腹腔鏡下に右性腺 (精巣) を摘出した。腹膜欠損部は可能なかぎりクリップ修復した。術後の CAPD は2日目より再開したが, 透析液の回収は良好で腹部症状も認めず, 透析液の腹腔外漏出はみられなかった。腹膜損傷範囲の少ない腹腔鏡下手術であれば, 術後の血液透析なしに, CAPD の継続が可能であると結論した。

不完全型精巢性女性化症候群に Seminoma を認めた1例: 夏目修, 二見 孝 (国立奈良) 71歳, 戸籍上女性。左岸径部腫瘍を主訴に1996年6月3日初診, 精査加療のため入院となる。左岸径部から陰唇にかけ可動性の無痛性鶏卵大腫瘍を触知, 対側にも精巣様の小腫瘍を触知した。女性様体形で陰毛を認めるが乳房発育はなく, 外陰部は女性型で小指頭大の陰核肥大を認めた。Testosterone 値 252 ng/dl, 染色体核型 46XY。骨盤 MRI で女性内性器を認めず左腫瘍は T1 強調画像で均一で筋と同じ低信号強度, T2 で高信号を呈し, 男性仮性半陰陽の停留精巣に合併した左精巣腫瘍を疑い6月24日両側高位精巣摘出術を施行。左摘出腫瘍は精索様索状物を伴い白膜に被われた内部均一, 淡褐色の充実性腫瘍で seminoma, 右摘出腫瘍は精索, 精巣上体を伴う萎縮精巣であった。以上より不完全型精巢性女性化症候群と診断。術後5カ月を経過し転移なく生存中。精巣腫瘍合併例は文献上本邦6例目であった。

異所開口精管の1例: 松本富美, 島田憲次, 細川尚三, 鈴木万里 (大阪母子医療セ) 7カ月, 高位鎖肛 (直腸膀胱瘻) の男児。正常満期産。肋骨形態異常, 仙骨形成不全, 後腸形成不全の合併有り。尿路感染症, 精巣上体炎の既往なし。尿路合併症の精査目的にて当科を紹介され, 右腎無形成, 左膀胱尿管逆流症 (国際分類Ⅲ度) と診断された。総腎機能は良好。内視鏡所見では精丘および右尿管口は確認できず, 開いた左側尿管口の側方変位を認めた。逆流防止術の際, 左尿管口の 3 mm 頭側の壁内尿管に左精管が開口しているのが認められた。patency (+)。精囊は無形成。対側の精管は後部尿道に開口していた。精管の patency を保ったまま尿管とともに膀胱へ新吻合を行った。術後の VCG ではいずれへの逆流も認めていない。異所開口精管は非常に稀で自験例は本邦19例目の報告にあたる。

射精管嚢胞の1症例: 岡本大亮, 吉村一宏, 内田欽也, 児島康行, 吉岡俊昭, 奥山明彦 (大阪大), 津田 泰 (同放射線科), 瀬口利信 (小松) 17歳男性。幼少時より続く外尿道口からの間欠的膿状分泌物を主訴に受診。CT スキャン, MRI にて精囊腺嚢胞を疑い超音波ガイド下に嚢胞穿刺後経過観察していたが, 抗生剤投与にて軽快はするが, 膿状物分泌と発熱を繰り返すため再び入院し穿刺, カテーテル留置後アルコール硬化療法を施行した。穿刺内容は細胞診では精子を認めず, 細菌培養は陰性であった。また, 生化学的には PSA が 237.3 ng/ml と高値を示した。前立腺付近の嚢胞にはミューラー管嚢胞, 精囊腺嚢胞, 前立腺嚢胞, 射精管嚢胞などがあるが, 本症例では, 膀胱鏡にて, 嚢胞は精阜部に開口して尿道に交通していたことや前立腺の右側部に存在していたことより射精管嚢胞と診断した。

精巣温存し得た精巣類表皮嚢胞の1例: 世古宗仁, 岡 聖次, 鄭則秀, 佐藤英一, 宮川 康, 高野右嗣, 高羽 津 (国立大阪), 竹田雅司, 倉田明彦 (同病理) 23歳, 男性。主訴は左陰囊内腫瘍。1995年10月左精巣の無痛性腫瘍に気づき, 1996年6月当科受診。触診にて左精巣下部に直径 1 cm 大の腫瘍を触知。腫瘍マーカーは正常。陰囊部超音波検査では左精巣下部に直径 10 mm の内部に高エコー部分を含む, 全体に低エコーを示す腫瘍を認めた。以上より, 左精巣類表皮嚢胞を疑い, 精巣温存を目的に腫瘍核出術を施行し, 迅速病理診断にて良性と診断されたため手術を終了した。摘除標本は 7×6×6 mm, 1 g であった。病理組織学的検査においても精巣類表皮嚢胞の診断

で、周囲精巣組織内にも悪性所見は認めなかった。文献上、本邦147例目であり若干の考察を加えて報告した。

組織型を異にする異時性両側精巣腫瘍の1例：岡 裕也，松本慶三，井本 卓，奥村秀弘（天理よろづ相談所），岡田卓也（京都大）
症例は42歳。既往歴；39歳時、乏精子症。現病歴；1993年11月、左精巣腫瘍に対し当科にて左高位精巣摘除術を施行。病期は1期であり、病理学的には、yolk sac tumor, embryonal carcinoma, immature teratoma の成分よりなる複合組織型であった。術後補助療法は行わず、外来にて経過観察をしていたが、1996年7月頃より右陰嚢内容の腫大を認めた。精液検査では azoospermia を認めた。右精巣の超音波検査では、2カ所の hypoechoic mass を認め、右高位精巣摘除術を施行。摘出標本では精巣内に径1.5 cm 大と8 mm 大の白色調の腫瘍を認め、病理学的には、腫瘍部は pure seminoma であり、正常部は Johnsen score 3 程度の hypospermatogenesis を示していた。本症例の発症には男性不妊との関連が示唆され、若干の文献的考察を含め報告した。

精巣悪性リンパ腫の6例：乃美昌司，小野義春，岡本雅之，武中篤，藤井昭男（兵庫成人病セ），木崎智彦（同病理）
症例は1986年4月から1996年11月までに当院で治療を行った精巣が原発と考えられる非ホジキン悪性リンパ腫6例。年齢中央値65歳、主訴は全例陰嚢内容無痛性腫大、患側は右5例、両側1例、組織型はWF分類で diffuse large 5例、diffuse immunoblastic 1例、病期は Ann Arbor 分類で 1E：3例、2E：1例、4E：2例。治療は全例に高位精巣摘除術を施行し4例に術後化学療法を施行し、その内1例に PBST 併用超大量化学療法を施行した。stage 4 の2例は1、15カ月後に腫瘍死したが他の4例は1996年11月現在生存中である（3、22、38、42カ

月）。本症例には骨髓穿刺、上部消化管造影を施行していない症例を含んでいるが初発症状が精巣であり、明らかに他の部位からの精巣転移を疑わせる所見に欠くため精巣原発と考えられた。

過去10年間ににおける精巣腫瘍の臨床統計：和田義孝，木下佳久，杉山武毅，濱見 學（県立尼崎）
兵庫県立尼崎病院では1987年から1996年までの10年間に、両側異時性発生1例を含む29症例の精巣腫瘍を経験した。発症年齢は3～71歳、組織型別にはセミノーマ20例、ノンセミノーマ9例であった。全例除精術施行後、セミノーマには18例に放射線治療を、2例には CDDP 持続静注による化学療法を施行。ノンセミノーマには1例を除き化学療法を施行した。化学療法に関し、評価可能病変を有する4症例に対し評価を行ったところ、CR 3例、PD 1例であった。

自然退縮を認めた陰茎癌リンパ節転移の1例：吉田浩士，吉村耕治，五十川義晃，竹内秀雄，瀧 洋二（公立豊岡）
陰茎癌（扁平上皮癌）の症例。1992年（66歳時）陰茎部分切除、両側鼠径、外腸骨リンパ節郭清術およびその前後に化学療法を施行した。（pT1 pN3M0）。1994年に腫瘍マーカー SCC の上昇とともに右腸骨、傍大動脈リンパ節転移を認めた。化学療法にて著効なく1995年1月後腹膜リンパ節郭清術を施行した。右閉鎖鎖にて完全切除困難であり、この部分に放射線療法を施行中、同3月 CT 上郭清範囲より上部の傍大動脈リンパ節に再発を認め、術後正常化していた SCC も上昇した（術後1.2 ng/ml→最高5.4）。加療せずに観察したところ、同年11月まではリンパ節の増大傾向を認めたが、それ以降は縮小していき、腫瘍マーカー SCC も現在1.5前後となっている。陰茎癌の自然退縮については文献上報告例がなく、初の症例と思われる。