

第262回日本泌尿器科学会東海地方会

(2013年12月 8 日 (日), 於 中外東京海上ビルディング)

腎臓由来と考えられた MALT リンパ腫の 1 例：山内裕士，錦見俊徳，石田 亮，横井圭介，小林弘明（名古屋第二赤十字） 83歳，男性。2011年 1 月鼠径部腫瘍精査の CT 検査にて左腎門部に腫瘍状病変を指摘され当科へ紹介受診。逆行性尿路造影では尿路の欠損像は認めず，分腎尿細胞診は陰性であった。血液内科へ悪性リンパ腫の可能性を踏まえ精査依頼したところ，可能性は低いであろうとの返答であった。PET-CT 検査では腎盂癌の疑いとされたが，高齢であることも加味して画像・細胞診による経過観察としていた。2013年 5 月となり軽度増大傾向となったため，腎盂癌としては非典型的ではあるが，左腎尿管全摘および膀胱部分切除術を施行。病理結果は腎臓に関連した MALT lymphoma の診断を得た。術後，血液内科にて再度施行された PET-CT で病変を疑う集積を認めず，現在外来経過観察中である。

後腹膜脂肪肉腫の 1 例：成田知弥，平林崇樹，犬塚善博，近藤厚哉，田中國晃（刈谷豊田総合） 73歳，女性。下腹痛を主訴に他院受診。腹部 CT で後腹膜腫瘍を認め当科紹介受診。既往歴なし。造影 CT で左腎下極に動脈相から静脈相へ徐々に造影される内部不均一の腫瘍を認めた。MRI では T1 強調像で低信号，T2 強調像で等～高信号，脂肪抑制にて低信号を呈する脂肪成分を認めた。後腹膜由来の脂肪肉腫と診断。腫瘍摘出術施行。術中所見では左腎下極に腫瘍本体あり，左腎周囲脂肪織全体に弾力があり硬く，下行結腸間膜や脾尾部との癒着を認めた。腫瘍，左腎，左副腎，下行結腸の一部，腸間膜を摘出。出血量 600 ml。病理結果は，腎下極の腫瘍内に著明なリンパ球浸潤の他に一部粘液腫状基質があり，紡錘形や腫大した異形な核を有する細胞も認めた。腎実質への浸潤は認めなかった。腸間膜と下行結腸の粘膜下層までの浸潤を認めた。高分化型脂肪肉腫の診断であった。術後補助療法は施行せず，画像にて経過観察中である。術後 3 年間再発所見を認めていない。

脊髄内転移を来した腎癌の 1 例：永井真吾，久保田恵章，前田真一（トヨタ記念）堀江憲吾，水谷晃輔（岐阜大） 66歳，男性。左腎癌 T2aN0M0 に対して腹腔鏡下左腎摘術施行。病理組織は淡明細胞癌であった。術後 3 カ月目に両下肢麻痺と排尿障害が出現し，脊髄造影 MRI では Th 12/L1 レベルの脊髄にリング状の濃染領域を認め，腎癌脊髄内転移と診断した。脊髄転移に対してサイバーナイフによる放射線治療（50 Gy）を行い下肢麻痺は軽減したが，排尿障害は残存した。放射線治療後 6 カ月での MRI では脊髄内腫瘍は消失していたが，多発骨転移および多発肺転移の出現を認め，緩和治療へ移行した。以後病勢進行し再発から10カ月後に癌死した。

腹腔鏡下腎摘除，経腔的摘出術を施行した腎腫瘍の 4 例：山本茂樹，鈴木省治，鈴木晶貴，古橋憲一，鈴木弘一，加藤久美子，服部良平（名古屋第一赤） 院内倫理委員会の承認を得て，66～80歳の腎腫瘍 4 例に摘除腎の経腔的摘出術を施行した。術前に腔口幅，後陰門蓋幅，腔弾力性などを評価した。側臥位で腹腔鏡下，経腹的に腎を摘除，遊離しバッグに収納する。体位を碎石位とし腹腔鏡操作で遊離腎を骨盤に移動させる。経腔的に後陰門蓋を 4～5 cm 横切開，示指を挿入し腹腔内のバッグの縁糸を把持し，バッグごと腎を経腔的に摘出する。腹腔鏡下止血を確認し，経腔的に腔を縫合閉鎖，腹腔内から腹膜を縫合閉鎖する。経腔的操作時間は38～103分。摘除標本重量は 271～655 g であった。腔口狭小がなければ適応としえる有用な摘出方法と考えられた。

膀胱癌 BCG 膀胱注入後に発症した Nephrogenic adenoma の 1 例：引地 克，白木良一，深谷孝介，石瀬仁司，佐々木ひと美，日下守，石川清仁，星長清隆（藤田保衛大） 65歳，男性。2008年 血尿を主訴に外来受診，膀胱右側壁に乳頭状腫瘍認め TUR 施行。病理診断は UC G2 pT1。再発予防として BCG 膀胱注入療法を10回施行。初回治療後10カ月目に膀胱内に濾胞状腫瘍性病変を認め，再発と考え TUR 施行。病理結果は glandular cystitis の診断であった。その後も再発，増殖を繰り返し合計 3 回の TUR を施行した。今回，膀胱内にさらに多発，増殖する濾胞状腫瘍を認めたため TUR 施行。腫瘍は浮腫上，リンパ球浸潤を伴い，膀胱粘膜固有層に拡張した腺腔，尿細管を

模倣するような小型腺管が密集し nephrogenic adenoma (NA) と診断。NA は稀な疾患ではあるが悪性化する報告もあり，再発，著明な増殖を認めることから厳重な経過観察が必要と考えられた。

腎盂腺癌の 1 例：原 浩司，山田芳彰，七浦広志，青木重之（岐阜社保） 86歳，女性。2013年 1 月10日，肉眼的血尿にて近医を受診し，腹部超音波にて右腎に腫瘍性病変を指摘された。腹部 CT および DIP にて右腎盂腫瘍と診断され， 3 月22日，当院紹介受診。腹部 CT にて腎盂内に造影効果のある腫瘍性病変を認め，DIP にて右腎盂に陰影欠損像を認めた。逆行性尿路造影は，尿管カテーテルの挿入が困難であったため施行できなかったが，CT および DIP 所見より右腎盂腫瘍と診断し， 4 月 8 日，右腎尿管全摘，経尿道的尿管引き抜き術を施行した。肉眼的所見では，右腎盂中央に径 35×20 mm の広基性，乳頭状腫瘍を認めた。病理組織診断は，adenocarcinoma, pT1 であった。腎盂腺癌は自験例も含め本邦で108例の報告例があり，55例に対して手術が施行されていた。また，化学療法として CAP 療法，TJ 療法，TS-1+CDDP 療法などが報告されているが，症例数が少なく確立された治療法はない。自験例では，術後補助化学療法は施行せず経過観察としている。

去勢抵抗性前立腺癌治療中に両側肺動脈血栓症を認めた 1 例：河田啓，高橋義人，土屋邦洋，石田健一郎，山田 徹，谷口光宏（岐阜県総合医療セ） 2009年11月，PSA 131.89 で当科紹介受診。前立腺癌（cT3aN0M1b）と診断し，CAB 療法開始した。徐々に PSA 上昇し，2013年 5 月下旬に去勢抵抗性前立腺癌と診断した。6 月ドセタキセルとブレドニン併用療法（DP 療法）を開始した。DP 療法開始前より労作時の息切れを認めていたが，徐々に増悪した。造影 CT にて両側肺動脈血栓症と診断。下大静脈フィルターを留置し，ヘパリンとワーファリンによる抗凝固療法を開始。第 7 病日に肺動脈血栓の縮小を認め，翌日に下大静脈フィルター抜去，第22病日に両側肺動脈血栓の消失を確認した。本症例では，ドセタキセル投与前より労作時の息切れを自覚していたことから，酢酸クロルマジノンが両側肺動脈血栓症を誘発したと考えた。抗凝固剤併用し，DP 療法継続しているが，前立腺癌の病勢は安定している。また血栓症の再発は認めていない。

前立腺癌に悪性リンパ腫を併発した 1 例：加藤 隆，石田昇平，佐野優太，坂元史稔，小松智徳，木村 亨，辻 克和，絹川常郎（社保中京） 70歳，男性。PSA 5.285 ng/ml にて前立腺針生検を行い gleason score 4+3 の前立腺癌と診断。同時に両側の骨盤内リンパ節の腫脹も認めた。リンパ節腫脹は他疾患によるものと判断し，2013年 4 月，前立腺癌 cT2bN0M0 の診断にて前立腺全摘術およびリンパ節の診断目的に骨盤内リンパ節廓清を施行。病理にて前立腺は前立腺癌 pT2cN0M0，gleason score 4+3，骨盤内リンパ節は悪性リンパ腫；小リンパ球性リンパ腫の診断であった。日本人において小リンパ球性リンパ腫は悪性リンパ腫の中でも稀な疾患であり，前立腺癌との同時診断はほとんど報告がない。8 カ月経過時点で，前立腺癌は再発を認めず，また小リンパ球性リンパ腫も増悪を認めず経過観察中である。

化学療法と放射線療法を施行した後腹膜平滑筋肉腫の 1 例：井上聡，森 文，木村祐介，高井 峻，鶴田勝久，鈴木都史郎，舟橋康人，佐々直人，藤田高史，松川宜久，加藤真史，吉野 能，山本徳則，後藤百万（名古屋大） 67歳，男性。主訴は右下腹部腫瘍。他院で後腹膜腫瘍と診断され当科紹介受診。CT で後腹膜に最大径 150 mm の腫瘍を認め，十二指腸，腸腰筋，椎体への浸潤が疑われた。CT ガイド下後腹膜腫瘍生検を施行し平滑筋肉腫と診断された。軟部腫瘍では十分な切除縁を確保することが重要であり，本症例では脾頭十二指腸切除，椎体・腸腰筋切除，下大静脈合併切除が必要であった。手術の危険が根治切除の可能性を大きく上回ると判断し，即時手術を回避し化学療法および放射線療法による腫瘍縮小を目指した治療をまず行う方針とした。AI 療法 2 コース施行後放射線照射を施行するも腫瘍は増大傾向であった。パクリタキセル施行後パゾパニブを開始した。SD の範囲内で腫瘍は縮小傾向であったため手術を再度検討したが，治療開始 1 年 2 カ月後に腫瘍浸潤による十二指腸閉塞に起因

する敗血症を併発した。治療により改善したものの食事摂取は不可となり、全身状態の悪化により死亡した。

下大静脈合併切除を行ったパラガングリオーマの1例：長谷川嘉弘、西井正彦、舩井 寛、西川晃平、吉尾裕子、神田英輝、金井優博、山田泰司、有馬公伸、杉村芳樹（三重大） 54歳、女性。夜間頻尿と検診での蛋白尿を指摘され、近医泌尿器科を受診。エコーにて腎腫瘍が疑われ、CT を施行されたところ、右腎門部体幹側、下大静脈背面に腫瘍が認められた。リウマチに対してメソトレキセート（MTX）が投与されており、当初はMTX 関連リンパ増殖性疾患が疑われ、MTX の休薬が行われたが、腫瘍の縮小は認められなかった。そのため、精査加療目的に当院に紹介となった。受診時、高血圧を認め、採血ではノルアドレナリンの異常高値、副腎髓質シンチにおいては同部位への集積が認められ、パラガングリオーマと診断した。治療として、下大静脈合併切除、腫瘍切除術を行った。術後は、血圧、ノルアドレナリン値ともに速やかに改善した。現在、再発は認めていない。

肺癌手術6年後に腎転移を来した Carcinosarcoma の1例：森永慎吾、全並賢二、村松洋行、梶川圭史、小林郁生、西川源也、吉澤孝彦、加藤義晴、渡邊将人、金尾健人、中村小源太、住友 誠（愛知医大） 66歳、男性。肉眼的血尿を主訴に当科初診。糖尿病、壊疽（2001年、左足切断）、慢性腎不全（2013年、透析導入）の既往あり。2006年、左下葉肺癌にて左肺S6 切除（病理組織学的診断：carcinosarcoma）。2008年、転移性横行結腸癌にて横行結腸切除。2013年、肉眼的血尿あり当科初診され、CT・MRI にて右腎上極に腫瘍性病変あり、carcinosarcoma の腎転移またはその他の腎腫瘍かの病理組織学的診断目的、出血コントロール目的で腹腔鏡下根治的右腎摘除術を施行した。摘除標本にて、腎上極に約3 cm 大の弾性硬、淡褐色の境界不明瞭な腫瘍性病変を認めた。病理組織学的所見より、腎腫瘍と2006年切除時の肺の腫瘍の組織形態が類似していたこと、また、TTF-1 の免疫組織化学染色の結果より、本症例は肺原発 carcinosarcoma の腎転移と診断された。術後1年、現在まで再発所見は認めていない。

前立腺神経内分泌癌の1例：堀江憲吾、亀山紘司、水谷晃輔、菅原崇、清家健作、土屋朋大、安田 満、横井繁明、仲野正博、出口 隆（岐阜大）酒々井夏子、宮崎龍彦（岐阜大病理） 72歳、男性。尿閉を主訴に受診した。MRI で直腸、閉鎖筋浸潤を認める前立腺腫瘍を認めたが PSA：1.261 ng/ml と低値であった。NSE：68.1 ng/ml、PRO-GRP：104 pg/ml であった。経直腸式前立腺生検を施行し、神経内分泌癌と診断した。遠隔転移は認めなかった。肺小細胞癌の治療に準じて、CCDDP+CPT-11 を4コース施行したところNSE、PRO-GRPの低下を認め、PET-CT でFDG 集積の減弱とMRI で腫瘍の縮小を認めた。局所の評価目的に前立腺生検を施行した。生検した12本の標本は悪性所見を認めず線維増生を伴う癒痕組織であった。補助療法として全骨盤に40 Gy/20 fr、前立腺・精嚢に24 Gy/12 fr の放射線療法を施行した。診断後15か月経過した現在、NSE：12.8 ng/ml、Pro-GRP：28 pg/ml、MRI、PET-CT でも再発の所見は認めていない。

内分泌療法開始後に低カルシウム血症が増悪した進行前立腺癌の1例：中根慶太、河合篤史、蟹本雄右（中東遠総合医療セ） 62歳、男性。既往歴：喉頭癌にて喉頭全摘。主訴：腰痛。血清カルシウム：6.3 mg/dl、PSA：1797 ng/ml。PET-CT および骨シンチグラフィーにて多発骨転移、骨盤リンパ節転移を認めた。ピカルタミドを先行投与し、前立腺生検を施行した。病理診断は低分化型腺癌、Gleason score 4+5=9。前立腺癌 stage D2 と診断し、カルシウムとビタミンD製剤の経口投与開始し、ピカルタミド、デガレリクスにて治療開始したところ低カルシウム血症が増悪した。カルシウムとビタミンD製剤の投与量を増量し、徐々に血清Ca 値は正常化した。低カルシウム血症が増悪した原因に関して文献的に考察する。

傍腫瘍性神経症候群を契機に診断し得た Burned-out testicular tumor の1例：大西健太、富岡厚志、雄谷剛士、丸山良夫（松阪中央総合）、石川英洋（同神経内科） 41歳、男性。歩行障害で当院神経内科を受診し、MRI で小脳萎縮を認めた。スクリーニングのCT で右総腸骨域と左外腸骨域のリンパ節腫脹を認めた。悪性腫瘍リンパ節転移を疑い、原発巣の検索目的で当科受診。開腹リンパ節生検施行

したところ、セミノーマのリンパ節転移であった。hCG、AFP、LDH はともに正常範囲内であり、精巣エコーでは左精巣に広範な不整を伴う低エコー域を認めた。左高位精巣摘除術を施行したところ、硝子化した線維性結節を認め腫瘍成分は認めず、以上より burned-out testicular tumor と考え、セミノーマ pT0N0M1aS0 と診断した。術後にEP 療法を4コース行い、術後12か月を経過した時点で再発を認めていない。また、小脳萎縮症の進行は認めずリハビリにより歩行障害も改善傾向である。

膀胱小細胞癌・前立腺導管腺癌・陰茎癌の三重複癌の1例：小川総一郎、田口和己、安藤亮介、岡田淳志、水野健太郎、安井孝周、梅本幸裕、河合憲康、戸澤啓一、佐々木昌一、林 祐太郎、郡 健二郎（名古屋市大） 67歳、男性。肉眼的血尿を主訴に前医を受診。膀胱癌の疑いでTUR を施行された。膀胱小細胞癌、および膀胱頭部の腫瘍は前立腺導管腺癌と診断され、当科紹介となった。外陰部は真性包茎で、包皮口の内側に乳頭状腫瘍を認め、擦過細胞診は陽性（扁平上皮癌疑い）だった。また、血糖尿があり、尿細胞診が陽性であった。NSE、ProGRP、SCC、PSA はいずれも基準範囲内だった。前医での膀胱鏡検査では右壁と頭部に腫瘍を認めた。MRI では膀胱右壁に周囲脂肪組織への浸潤を疑う腫瘍を、前立腺部尿道には膀胱頭部に至る腫瘍を、陰茎先端にも非浸潤性の腫瘍を認めた。転移はなく、三重複癌の診断で、腹腔鏡下膀胱尿道全摘除術、回腸導管造設術、陰茎部分切断術を行い、一塊に摘除した。病理検査では膀胱小細胞癌、前立腺導管腺癌、陰茎扁平上皮癌だった。術後4か月が経過し、再発転移なく生存中である。罹患率の低い3つの癌が同時に発生した病因を考察した。

BCG 膀胱内注入療法1年後に発症した感染性大動脈瘤の1例：中根明宏、山田健司、小林隆宏、秋田英俊、岡村武彦（安城更生） 72歳、男性。膀胱尿路上皮癌 G2 pTaN0M0。多発の再発あり、BCG 膀胱内注入療法（イムノブラダーR、80 mg、8回）を合併症なく施行。1年後、無症状であったが、CT で感染性大動脈瘤を指摘。入院時所見は熱発なく、WBC は正常、CRP 6.10 mg/ml と軽度上昇。動脈瘤切除、グラフト置換術を施行。病理所見は乾酪壊死を伴う感染性大動脈瘤で、Ziehl-Neelsen 染色で抗酸菌を確認。さらに、PCR 検査で、BCG 特有の region of difference (RD) 領域のRD1 欠損、multiplex PCR でDNA パターンの一致から、BCG 東京172株と確定。術後、抗酸菌治療を開始し、再発を認めず、BCG による感染性大動脈瘤は24例の報告のみで、本症例は25例目であった。無症状で長期経過する症例も多く、動脈瘤破裂による死亡率は17.4%であり、定期的なCT による早期発見が有効であると考えられた。

原発性高尿酸血症1型（Primary hyperoxaluria type 1: PH1）の1例：永田仁夫、鈴木孝尚、本山大輔、杉山貴之、大塚篤史、石井保夫、古瀬 洋、大園誠一郎（浜松医大） 27歳、女性。慢性腎不全にて維持透析中の患者。腎石灰化の精査目的で当科紹介。血清尿酸が201.8 μmol/l と高値のため原発性高尿酸血症（PH）を疑い、尿中L-グリセリン酸濃度測定し5.91 μmol/mol Cre（>28 μmol/mol Cre）と正常であった。肝生検を施行しserine: glyoxylate transaminase 活性を測定0.45 unit/min/g liver（正常肝の平均：4.7 unit/min/g liver）と低値のためPH type 1 と診断。生体肝移植を行い血清尿酸を測定しながら経過観察中である。PH は非常に稀な疾患であるが致死性であるため、腎石灰化や尿路結石症を来した透析患者において血清尿酸が100 μmol/l を超えるものは本疾患を疑い精査が必要である。また根本的な治療法は現在肝移植のみである。

移植後7年目に発生した移植腎腎盂癌の1例：竹中政史、佐々木ひと美、城代貴仁、引地 克、糠谷拓尚、早川将平、深谷孝介、石瀬仁司、深見直彦、日下 守、石川清仁、白木良一、星長清隆（藤田保衛大） 37歳、女性。主訴は発熱。慢性糸球体腎炎による慢性腎不全の診断で15年間の透析歴あり。60歳代男性をドナーとする献腎移植7年後、急性腎盂腎炎の診断で入院。入院後の精査で移植腎腎盂内に発生した腎盂癌 cT3、N0、M0 と診断。経腹膜アプローチにより移植腎尿管全摘術を施行。移植腎腎盂内には広基性および有茎性の乳頭状腫瘍が混在し、一部は腎実質内に浸潤していた。病理結果はUC、G2>G3、pT3。腫瘍の染色体検査はXY パターンであり、ドナー細胞由来の腎盂癌であった。本症例の発癌に関するリスク因子としては高齢男性ドナーからの腎提供、長期透析、移植後の免疫抑制が考えられる。

移植後より尿中 decoy cell 陽性が持続，PCR 法にて尿中 BKV 陽性が確認された，BKV 感染が腎盂癌の発生に関与していたと推測された。

無精子症の精査中に発見された精巣 Leydig 細胞腫の 1 例：飯沼光司，加藤成一，増栄孝子，増栄成泰，宇野雅博，藤本佳則（大垣市民） 41歳，男性。近医で無精子症の精査中，左精巣腫瘍を指摘され当科紹介。触診にて左精巣の一部に硬結を触知した。超音波検査では左精巣に 15×13×12 mm の低エコーで内部不均一な腫瘍を認め，造影 CT では腫瘍は均一に強く造影された。採血上，HCG- β ，LDH，AFP，テストステロンの上昇は認めなかったが FSH は 41 mIU/ml と高値であった。左精巣腫瘍と診断し，左高位精巣摘除術を施行した。病理所見は好酸性の微細顆粒を有する多角形の細胞が増殖し，Reinke 結晶を認めた。免疫染色では inhibin 染色陽性であり，Leydig 細胞腫と診断した。壊死，分裂像を認めず，また画像上明らかな転移を認めないことから良性と判断した。精巣 Leydig 細胞腫は精巣腫瘍の 1～3 % を占める比較的稀な疾患で，成人では本症例のようにホルモン異常症状を契機に発見される事が多い。成人発症の 10 % は悪性であり，術後 3 年 4 カ月現在フォローを継続している。

左精巣原発脂肪肉腫の 1 例：高田秀明，仲島義治，長濱寛二，渡部淳，西尾泰規（静岡県立総合） 62歳，男性。2013 年 4 月に貧血，腎不全で緊急入院。原因精査目的に施行した単純 CT で 4 cm 大の精巣や精巣上体とは離れた左陰嚢内腫瘍を認め，当科紹介となる。造影 CT では辺縁域は造影されるが，内部の造影効果は不良であった。単純 MRI では T1 強調で低信号，T2 強調で低信号域と高信号域が不均一に混在していた。拡散強調像では辺縁優位に高信号を呈していた。画像上悪性腫瘍の可能性を否定できず，6 月，左高位精巣摘除術を施行。標本は精巣直上に長径 3.4 cm の黄色腫瘍と腫瘍上部に長径 3.5 cm の白色充実性腫瘍が連なったダルマ状の病変を認めた。病理組織では黄色腫瘍は高分化型脂肪肉腫，白色腫瘍はその脱分化型成分と考えられた。病理診断は左精巣脱分化型脂肪肉腫であり，断端陰性であった。術後補助療法は特に施行しない方針としたが，術後 5 カ月現在，転移再発なく経過している。

膿瘍形成を認めたミューラー管嚢胞の 1 例：小岩 哲，伊勢呂哲也，浜本周造，神谷浩行，橋本良博，岩瀬 豊（豊田厚生） 66歳，男性。左陰嚢腫脹および尿道からの排膿で近医受診。抗生剤投与にて 2 週間治療するも，軽快せず皮膚壊死を伴い当院紹介受診。既往歴として糖尿病と慢性腎不全により血液透析施行中であった。初診時，炎症反応高値。左陰嚢皮膚は自壊して排膿認めるも前立腺に有意な所見は認めなかった。血液培養からは *K. pneumoniae* の検出を認めた。CT，MRI にて膀胱背側に嚢胞状病変を認め，膿瘍の存在が疑われた。逆行性尿道膀胱造影を施行するも尿道膀胱と膿瘍腔との交通は不明だったため，続いて尿道膀胱鏡検査施行。精阜から膿の流出を認め，膿瘍腔に 12 Fr 腎盂バルンを挿入し，膿瘍ドレナージ施行。細菌培養検査では血液培養と同じく，*K. pneumoniae* の検出を認めた。抗生剤投与および経尿道的ドレナージにより膿瘍腔の著明な縮小を認め，2 週間

後に腎盂バルン抜去した。膿瘍形成に至ったミューラー管嚢胞に対する外科的処置として持続ドレナージが有用と考えられた。

卵巣癌術後に右尿管直腸瘻を来した 1 例：森 文，井上 聡，木村祐介，高井 峻，鶴田勝久，鈴木都史郎，舟橋康人，藤田高史，佐々直人，松川宜久，加藤真史，吉野 能，山本徳則，後藤百万（名古屋大） 65歳，女性。2012 年 9 月に他院にて卵巣がんの診断で手術施行。術直後，肛門から尿流出持続。右尿管直腸瘻の診断で保存的経過観察するも改善なく，右腎瘻造設。その後も改善がみられず。2013 年 6 月に右尿管直腸瘻の根治目的で当院紹介受診。入院。入院時検査所見で活動性の炎症所見なし。腎機能，尿所見も異常を認めず。9 月に再建術施行（尿管直腸瘻切除，組織不良部の直腸，尿管部切除。再建は直腸直腸吻合，人工肛門を造設し，尿路に関しては膀胱右尿管新吻合）。尿管は周囲組織と強固に癒着しており，直腸周囲も全周性に強固に癒着しており，直腸，尿管を切除し，糞路・尿路の再建施行。術後経過は順調で，尿管の通過性も良好。病理組織検査では悪性像は認めず。術後 3 カ月で人工肛門閉鎖術を施行した。

尿路異物の 2 例：鉛本剛之介（南生協） 症例 1：48歳，男性。数日前より排尿困難感あり当院救急外来受診。ご家族より本人が尿道より異物を挿入したと申告あるも，用手的に異物摘出を試みるも困難であり，尿道バルーン留置し入院の上，翌日腰椎麻酔下に経尿道的異物摘出術施行。摘出異物は，ピーナッツであった。症例 2：71歳，男性。数日前より陰嚢痛，陰嚢出血を認め当科受診。精査・加療目的に入院となる。入院中，会陰部より排膿，尿排出あり，CT にて前立腺，陰茎および陰嚢内に異物と思われる石灰化あり，陰嚢内にガス像を認めた。翌日陰嚢ドレナージおよび陰嚢内異物除去術施行。その後も感染コントロール困難で，陰茎皮下ドレナージおよび陰茎異物除去術施行。摘出異物はピーズであった。その後膀胱瘻造設し創部の閉鎖を待ち退院となる。現在膀胱瘻管理中である。

血尿を契機に診断された後天性第 5 因子インヒビターの 1 例：加藤大貴，近藤啓美，加藤 卓，玉木正義，米田尚生（岐阜市民） 78歳，男性。下肢静脈瘤に対しアスピリン内服していたが，1 カ月前より鼻出血のため中止。肉眼的血尿を認めたため，前医受診。膀胱鏡，尿細胞診で異常認めず。当科受診。尿検査で血尿認めるも，造影 CT 検査で尿路に異常所見は認めなかった。黒色便を認めたため，消化器内科受診。上部消化管内視鏡検査で十二指腸に点状出血を認めた。精査にて PT，APTT の著明な延長を認め，第 2・第 5 凝固因子の低下を認めた。第 5 因子インヒビターが検出されたが，第 2 因子インヒビターは検出されなかったため，後天性第 5 因子インヒビターによる凝固異常と診断した。PSL 60 mg/day で治療開始。PT・APTT・第 5 因子が改善したため，PSL 30 mg まで漸減し退院。外経過観察中，再び PT・APTT の延長を認めたため，PSL 60 mg/day に増量の上，CPA 50 mg/day を併用開始。現在 PSL 減量しつつ，外来経過観察中である。