

学会抄録

第217回 日本泌尿器科学会東海地方会

(2002年9月28日(土), 中外東京海上ビルディング 8F ホール)

嫌色素性腎細胞癌の2例：伊藤寿樹，丸山哲史，波多野伸輔，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1は62歳，男性。2001年10月2日血清液症で当科受診し，偶然腹部エコーで左腎腫瘍を指摘。CT，MRI上腫瘍は乏血流性で比較的均一な充実性構造を示した。悪性腫瘍を疑い12月13日根治的腎摘除術施行。腫瘍は径4cmの充実性腫瘍で，断面は赤褐色を呈した。腫瘍細胞はpale cellとeosinophilic cellが混在し，コロイド鉄染色強陽性などを示したため，嫌色素性腎細胞癌 G2，pT1aNO，infβ，v（-）と診断した。症例2は66歳，女性。2001年11月16日検査腹部エコーで偶然左腎下極の腫瘍性病変を指摘され当科受診。CT，MRIの所見から腎細胞癌の診断で2001年1月24日腹腔鏡下腎摘除術施行。腫瘍は径2.7cmの充実性腫瘍で，断面は黄褐色を呈した。鉄コロイド染色陽性などを示したため，嫌色素性腎細胞癌，G2，pT1aNO，infα，v（-）と診断した。

IFN-α+IL-2 併用療法が著効した腎細胞癌肺転移の1例：坂田裕子，小倉友二，脇田利明，林 宣男（愛知県がんセンター），杉村芳樹（三重大）
 症例は69歳，男性。近医で右腎腫瘍を指摘されるも治療を拒否，28カ月経過後，当科に紹介受診した。CTにて径11.5×9cmの右腎腫瘍と多発肺転移を認め，右腎細胞癌（術前診断 T2N0M1，stage IV）と診断，根治的右腎摘出術を施行した。病理組織診断は，renal cell carcinoma（clear cell carcinoma，G2，pT3a）であった。術後 IFN-α（600万単位筋注，3回/週）および IL-2（70万単位静注，5回/週）を8週間投与後，IFN-α，IL-2を3回/週とし，その後2回/週にて継続したところ，術後10カ月のCTで肺病変はほぼ消失した。術後16カ月を経過した現在，IFN-α 2回/週のみであるが再発は認めない。進行性腎細胞癌に対して，IFN-α，IL-2の併用療法が著効した症例と考えられた。

術中肺動脈塞栓による心停止を生じるも救命しえた下大静脈塞栓を伴う右腎細胞癌の1例：小林 恭，西澤恒二，小倉啓司（浜松労災），村中弘之，小野宏志，小田禎二（同心臓血管外科），井出良浩（同病理），松本祐弥子（同麻酔）
 81歳，女性。貧血の精査中に腹部CT上，下大静脈（IVC）塞栓を伴う右腎腫瘍を指摘された。腫瘍塞栓は肝静脈流入部直下まで伸びておりMRI上IVCは不完全閉塞であった。画像上リンパ節，遠隔転移を認めず，右腎全摘除術およびIVC腫瘍塞栓摘除術を施行したが術中，突然の心停止・呼吸中二酸化炭素濃度の低下が出現。肺動脈塞栓と診断し緊急開胸心マッサージ・人工心肺とした。触診上3cm大の腫瘍の肺動脈幹への塞栓が確認され，原発巣摘除後に肺動脈内の塞栓を心停止下に摘除。病理組織学的にrenal granular cell carcinoma，pT3bN0M0，G2。術後5週目に施行した肺血行シンチで欠損を認めず，神経学的後遺症なく術後42日目に退院となった。

術後肺動脈血栓症をきたした腎血管筋脂肪肉腫の1例：廣瀬真仁，藤田圭治（聖霊），中根明宏（厚生連加茂），郡 健二郎（名古屋市大）
 55歳，男性。他院CTにて左腎腫瘍を指摘され，精査加療目的に2001年6月7日当科受診。MRIにて径9cmの腎血管筋脂肪腫と診断し，2001年6月25日全麻下，腎摘位にて腎部分切除術施行。病理組織は血管筋脂肪肉腫であった。術後2日目起床位をとった直後に呼吸困難を訴えた。心電図，胸部レントゲン検査などからは明らかな異常は指摘できなかったが，臨床症状，心臓超音波検査より肺動脈血栓症を疑い，肺動脈造影を施行。右上下肺野および左下肺野の動脈影の欠損を認め，肺動脈血栓症と診断しヘパリンによる抗凝固療法を開始し，救命することができた。本症例では肺動脈血栓症の原因として凝固時間の短縮，肥満，悪性腫瘍，腎摘位，腎血流の阻血時間が45分と長かったことなどが考えられた。

後腹膜腔に発生した骨外性 Ewing 肉腫の1例：安部俊昭，本多靖明，飛梅 基，成瀬克也，小久保公人，中村小源太，阿部俊夫，青木

重之，瀧 知弘，三井健司，山田芳彰，深津英捷（愛知医大）
 27歳，女性。主訴，右腰痛。2002年6月腫瘍疑いで当科を紹介受診。CTにて右後腹膜腔に，8×8×10cmの辺縁比較的明瞭で，内部不均一な腫瘍をみとめた。右腎は頭側に圧排されていたが，境界は明瞭であった。骨シンチでは，異常はみられなかった。針生検の病理診断は未分化肉腫であり，後腹膜原発肉腫の診断にて腫瘍摘出術をおこなった。腫瘍の上方は，右腎との剥離が容易で下方および後面は大腰筋と一塊になっていた。摘出した腫瘍は14×9×6cm，重量650g，肉眼的に被膜で覆われ，内部に広範な壊死がみられた。摘出標本による病理診断は骨外性 Ewing 肉腫，8月よりVAIA（VCR，ACD，IFO，ADM）療法を施行中である。

腸腰筋膿瘍の1例：金子朋功，金本一洋，渡辺秀輝（名古屋市立城西）
 63歳，女性。主訴は左下腹部痛。糖尿病，高血圧の既往がある。2001年11月頃，腎盂腎炎を発症し，抗生剤点滴治療により改善認めたが，膿尿の継続，炎症値の増悪寛解を繰り返していた。2002年2月頃，左下腹部痛を認め，入院。CTにて左腎盂腎炎，腎被膜下膿瘍，腸腰筋膿瘍認めた。超音波ガイド下，膿瘍穿刺ドレナージを施行し，抗生剤投与，斐孔洗浄にて，症状は改善した。膿培養では，*K. pneumoniae*，*S. epidermidis*を認めた。難治性の腎盂腎炎より続発性に発症した腸腰筋膿瘍と考えられた。感染経路は尿培養と膿培養が同一であることより腎盂腎炎よりの直接波及と考えられた。糖尿病を基礎疾患として難治性の腎盂腎炎を認めた場合，本性の存在を積極的に疑いCTなど検索することが必要と思われた。

外傷性尿管断裂に対し，自家腎移植を施行した1例：内田大樹，荒木英盛，加藤真史，吉川羊子，服部良平，小野佳成，大島伸一（名古屋大）
 34歳，男性。外傷性に右尿管損傷をきたし，腎下方にurinaryomaを形成した。ドレナージ後の逆行性尿管造影と腎盂造影では，右腎は上方へ著明に偏位し，腎盂尿管移行部の遠位3.8cmの間で尿管の連続性は断裂していた。術中癒着が激しく，in situでの尿管尿管吻合は困難と考えられ，右腎摘出後，bench surgeryにて腎盂尿管を同定剥離し，右腸骨窩に自家腎移植を施行。術後25日後のレノシンチで，移植腎への血流は良好，ラシックス負荷にて速やかな排泄カーブの下降が見られ，明らかな通過障害は無いと思われた。外傷性の尿管損傷は決して稀ではなく，若年者に多いことから自家腎移植をも考慮し，腎の温存に努める必要があると思われる。

尿路子宮内膜症の2例：鈴木泰介，佐藤 崇，古瀬 洋，平野恭弘，福田 健，阿曾佳郎（藤枝市立総合）
 症例1は59歳，女性。子宮筋腫で腹式単純子宮全摘除術の既往あり。主訴は，右背部痛。右腎症を認め，尿管狭窄・尿管腫瘍を疑い逆行性尿路造影・尿管鏡検査施行。腎盂尿細胞診・尿管鏡生検で悪性細胞を認めず，尿管ステント留置で経過観察中，尿細胞診class IV。右腎尿管全摘除術を施行し，病理組織学的診断は尿管子宮内膜症であった。症例2は30歳，女性。主訴は排尿時痛。膀胱鏡検査で膀胱後壁に広起性・非乳頭状の隆起性病変を認め，生検の病理組織学的診断は膀胱子宮内膜症であった。挙児希望があり，妊娠による子宮内膜症の自然退縮を期待して経過観察中。自験例の尿管子宮内膜症は本邦74例目，膀胱子宮内膜症は本邦110例目の報告と考えられた。

右尿管腫瘍と鑑別を要した尿路結核の1例：平林 淳，木瀬英明，西川晃平，米村重則，小川和彦，蘇 晶石，金原弘幸，有馬公伸，柳川 眞，杉村芳樹（三重大）
 症例は54歳，女性。2002年3月頃から肉眼的血尿を認め近医を受診。CTおよびDIPにて右水腎症・右尿管狭窄を認め右尿管腫瘍疑いにて3月12日当科紹介受診。逆行性腎盂造影にて右尿管は交差部を中心に約8cmの狭窄を認め，周囲からの圧迫像を認めた。膀胱鏡では後壁中心に発赤あり，生検では炎症所見のみであった。無菌性膀胱炎のため，結核を疑いツベルクリン反応を施行したところ，強陽性であった。尿中結核菌群PCRは陽性，

Zeek-Neelsen 染色も陽性であったため尿路結核と診断した。肺、骨、消化器などに結核は認めなかった。INH RFP EB の3剤併用化学療法を施行し退院となった。

膀胱腺癌の1例：秋田英俊，岡村武彦（名城） 症例は65歳，男性。肉眼的血尿を主訴に当院受診。心筋梗塞にて PTCA の既往あり，また耐糖能異常，高血圧を指摘されていたが放置。膀胱鏡にて右側壁に約3cm大の有茎性，乳頭状腫瘍を認めた。CT，DIPにて上部尿路に問題なく，表在性腫瘍と考えられたため2002年4月17日 TUR-Bt 施行した。病理診断にて adenocarcinoma であったため，同年5月17日 second TUR-Bt 施行。前回 TUR 部周囲に多発性乳頭状腫瘍の再発を認め，前回 TUR 根部とともに TUR 施行す。病理結果は，TCC G2 および前回 TUR 根部・筋層内に印環細胞癌の浸潤を認めた。内科にて消化管を精査したが異常を認めず，膀胱原発と考えられたため，同年6月19日に膀胱全摘術＋回腸導管造設術を施行した。病理結果は TCC G2 の上皮内浸潤であった。

膀胱肉腫様癌の1例：加藤研次郎，山田泰司，吉村暢仁，梅田佳樹，O.E. Franco，金原弘幸，有馬公伸，柳川 真，杉村芳樹（三重大） 32歳，女性。主訴は頻尿，排尿時痛，血尿。膀胱鏡で頂部から左側壁より内腔を占拠する境界明瞭な腫瘍あり。TUR 生検で，肉腫様癌が疑われた。血尿続くため，止血を主目的に内腸骨阻血動注療法（CDDP 70 mg＋ADM 30 mg）施行。腫瘍は9cm から7.5cm へ縮小し造影効果も減弱。2002年1月29日膀胱全摘除術＋回腸導管造設術を施行。pT2bN0M0，手術的切除ができたことと判断，追加治療は行わず退院。術後8カ月再発なく経過中である。摘除標本での組織学的診断は平滑筋肉腫が最も疑われたが，術前化学療法による影響も踏まえ，また各種免疫染色を追加することにより肉腫様癌や癌肉腫の検討も行っているところである。今回は，術前の組織診を優先し肉腫様癌の1例として報告する。

小児膀胱 Rhabdomyosarcoma の1例：遠藤純央，丸山哲史，池上要介，小林隆宏，益本憲太郎，福田勝洋，神谷浩行，林 祐太郎，郡 健二郎（名古屋大），広瀬真仁，藤田圭治（聖霊） 2歳4カ月の男児。肉眼的血尿にて前医受診，超音波検査にて膀胱内に腫瘍を認め当科紹介初診。TU-biopsy 施行し，膀胱内に突出する多房性の腫瘍を認め，embryonal rhabdomyosarcoma であった。当院小児科にてネオアジュバント化学療法として，横紋筋肉腫プロトコール regimen A を施行，腫瘍に縮小傾向を認め，引き続き regimen B を施行。腫瘍に変化はなく，膀胱全摘および両側尿管皮膚瘻造設術を施行した。病理は膀胱原発の embryonal rhabdomyosarcoma であり，一部前立腺への浸潤を認めた。術中迅速病理診断にて尿道断端陽性であり追加切除した。術後，ICE 療法を4クール，および尿道周囲に放射線療法（計45 Gy）施行し，現在までの10カ月間，転移，再発を認めていない。

膀胱回腸瘻に合併した膀胱扁平上皮癌の1例：平野泰広，深見直彦，市野 学，佐々木ひと美，日下 守，石川清仁，白木良一，星長清隆（藤田保健大），櫻井洋一（同外科） 59歳，女性。主訴：水様性下痢。既往歴：29歳時子宮頸癌に広汎子宮全摘術と放射線療法施行。約1年前から水様性下痢が続き，低K血症と代謝性アシドーシスを認め入院。精査中，膀胱から回腸へ造影剤の逆流を認め膀胱回腸瘻と判明。膀胱鏡所見は粘膜の虚血変化と瘻孔様所見のみ。膀胱洗浄細胞診で，異型扁平上皮を認めた。膀胱生検では悪性の診断に至らず。2002年4月30日，膀胱部分切除，瘻孔部切除，回腸部分切除，回腸端吻合術を施行。瘻孔部に隣接した膀胱粘膜の一部に扁平上皮癌を認めた。今回の膀胱扁平上皮癌の発生は，二次性膀胱腫瘍と考えられ，放射線療法に伴う組織変化に加え，瘻孔形成による感染，化学刺激が腫瘍発生の誘因となったと考えた。

BCG 膀胱注後に生じた Nephrogenic adenoma の1例：山田健司，戸澤啓一，河合憲康，橋本良博，安井孝周，日比野光伸，岡田淳志，宇佐美雅之，林 祐太郎，郡 健二郎（名古屋大） 77歳，男性。夜間頻尿を主訴に1998年11月当科初診。精査にて右腎盂腫瘍と診断し，1999年1月8日全麻下右腎尿管全摘除術施行。その後，再発予防のため BCG 80 mg×6回を計2回施行した。外来 follow up 中の尿細胞診で疑陽性を続けて認めたため，2002年6月18日膀胱鏡検査施行したところ，膀胱壁の発赤，浮腫を認めた。7月12日に経尿道的膀胱生

検術を施行したところ，病理組織学的診断は nephrogenic adenoma であった。Nephrogenic adenoma は本邦では39例の報告があり，若干の文献的考察を加えて報告する。

腹部大動脈瘤術後の膀胱癌の1例：傍島 健（稲沢病院） 67歳，男性。2001年11月12日左下腹部痛にて内科受診。CT 検査にて腹部大動脈瘤破裂と診断され緊急手術となった。術前の CT 検査にて膀胱壁が厚く膀胱腫瘍も疑われたが尿路変更術の汚染を考慮し人工血管置換術のみ行った。術後 TUR-Bt を行い3カ月後に再手術として一旦退院となった。術後腹壁ヘルニアも出現し肉眼的血尿も認めたため8カ月後2002年7月16日膀胱摘出，左尿管皮膚瘻術，腹壁ヘルニア根治術を施行した。創部は後腹膜化してあり下部尿管の剥離がやや大変であったが癒着は少なかった。リンパ節廓清術は施行しなかった。今後術前に腹部大動脈瘤を有する症例が増加すると考えられる。人工血管置換術と膀胱全摘術の一体的手術などについて文献的に考察して報告した。

膀胱平滑筋腫の3例：石田健一郎，柚原一哉，蟹本雄右（掛川市立総合） 膀胱平滑筋腫の発生頻度は全膀胱腫瘍の0.3%程度である。症例1：57歳，女性，産婦人科にて他疾患精査中，触診にて傍陰円蓋に腫瘍を触知し，また MRI にて膀胱粘膜下腫瘍を認めたため当科受診。膀胱鏡検査にて左尿管口下に正常粘膜に覆われた半球状の突出を認めた。膀胱部分切除と左尿管膀胱新吻合術を施行した。症例2：68歳，女性，主訴は外尿道口痛。MRI にて膀胱前壁に腫瘍を，また膀胱鏡検査にて正常粘膜に覆われた隆起を認めた。症例3：52歳，女性，頻尿，残尿感が持続するため近医を受診し，膀胱鏡検査にて右後壁に粘膜面正常の粘膜下腫瘍を指摘され当科受診。MRI にて子宮筋腫を認めたが，膀胱との連続性は認めなかった。症例2，3は TUR-Bt 施行。3症例とも平滑筋腫であった。以後再発を認めず経過観察中である。

膀胱血管腫の1例：黒田和男，田中篤史，長井辰哉（西尾市民） 23歳，男性。2002年2月より無症候性血尿が出現し，2月5日当科受診。膀胱鏡検査にて膀胱頂部やや右側に多嚢胞性腫瘍を認めた。MRI などの画像検査にて膀胱壁外より内腔にかけて嚢胞性腫瘍を認め，膀胱血管腫の術前診断にて3月4日膀胱部分切除術を行った。膀胱筋層から膀胱筋層下にかけて多数の静脈が認められ，病理診断は血管腫であった。術後経過は良好で再発は認められていない。膀胱血管腫は非常に稀な膀胱腫瘍であり，本症例は本邦75例目であった。

経皮的持続ドレナージおよび薬液注入が有効であった感染性尿管囊胞の1例：兼光紀幸，細川典久，平山きふ，岡田晃一，三矢英輔，小島宗門（名古屋泌尿器科），早瀬喜正（丸善ビルクリニック），横山泰久（横山胃腸科） 59歳，男性。2002年5月27日排尿時痛を主訴に近医を受診，38℃ 台の発熱も認め，尿路感染症の診断にて同医に入院した。CEZ 点滴静注に反応せず，当院に紹介・転院した。当院入院時下腹部に自発痛・圧痛を認めた。血液検査では，CRP 陽性のほか特記事項なし。尿沈渣・尿培養に異常を認めず。超音波断層法および CT 検査にて，膀胱頭側腹壁下に嚢腫様病変を認め，同部位に圧痛を認めたため感染性尿管囊胞と診断した。CZOP の点滴静注を行うも改善なく，6月7日超音波ガイド下に穿刺・カテーテルを留置したところ，速やかに解熱し，疼痛は消失した。MINO を3日間注入後，抜去した。本症例は保存的に軽快し，その後3カ月経過したが，再発を認めていない。

同側無形成腎と尿管異所開口を伴った精囊嚢胞の1例：本山大輔，松本力哉，西島誠聡，甲斐文丈，青木雅信，高山達也，鶴 信雄，古瀬 洋，平野恭弘，影山慎二，牛山知己，鈴木和雄，藤田公生（浜松医大） 35歳，既婚男性。2児の父。頻便，頻尿を主訴として2001年10月近医受診。腹部 CT・MRI で膀胱後部の嚢胞状腫瘍と左腎形成異常を認め当院紹介受診となった。精液検査・腫瘍マーカーは基準範囲内。画像上，左精囊嚢胞，同側尿管異所開口，同側腎形成異常が疑われ，腰椎麻酔下に順行性左精管造影施行。多胞性に嚢胞化した左精囊が描出された。吸引した嚢胞内溶液はチョコレート色の粘濁液で精子の存在を認めたが，細胞診，培養検査では異常を認めなかった。術後は頻便などの症状消失がみられたため経過観察とした。その後約半年が経過したが症状の再発は認められず，嚢胞は縮小傾向にある。

ダグラス窩に発生した性腺外胚細胞腫瘍の1例：今村哲也，日置琢一（鈴鹿中央総合），村田哲也（同病理），早川滋彦（同産婦人科），深津孝英（三重大） 26歳，女性。2001年8月頃より腹部膨満感あり，当院産婦人科受診。各種画像診断にてダグラス窩より発生し子宮，左卵巣を前方へ，直腸を後方へ圧排浸潤する腫瘍と肝転移，癌性腹水を認め，生検にて卵黄嚢腫瘍と診断した。2001年9月21日当科入院。難治性胚細胞腫瘍と考え，9月29日，10月20日よりBEP療法2コース施行。11月6，7日にPBSCH施行。11月26日，2002年1月10日よりCBDBA，etoposide，IFMによるPBST併用大量化学療法2コース施行。肝転移，癌性腹水消失。AFP 6.4と正常化したため2月20日直腸前面の残存腫瘍の摘出を施行。組織は未熟奇形腫だった。3月8日退院となり，2002年8月現在再発は認めていない。

膀胱全摘後に真菌性眼内炎をきたした1例：鈴木弘一，平田朝彦，加藤久美子，村瀬達良（名古屋第一赤十字） 73歳，男性。主訴は，飛蚊症。既往歴に，肺結核にて胸部形成手術，閉塞性動脈硬化症にて大動脈人工血管置換手術がある。2001年2月に頻尿で当科受診。膀胱鏡検査にて膀胱腫瘍が認められ，生検にて，TCC，G3，invasiveと診断された。7月11日，膀胱全摘術，回腸導管造設術施行。病理診断は，TCC，G3，pT3aであった。術後に，創部感染，腎不全，心不全をきたしたが，透析，薬物治療で重篤な状況を切り抜けた。しかし，8月5日（術後26日目）頃より，飛蚊症の訴えあり，8月7日眼科受診。眼底検査にて，両眼ともに網膜に黄白色滲出斑を認めた。血液培養ではカンジタ抗原陽性。真菌性眼内炎と診断された。抗真菌剤の全身投与に反応せず，両眼硝子体手術を施行した。失明は免れた。2002年9月時点での視力はメガネ矯正にて左右ともに0.4である。

結腸憩室炎による膀胱S状結腸瘻をともなった前立腺癌の1例：錦見俊徳，石田 亮，山田浩史，横井圭介，小林弘明，小幡浩司（名古屋第二赤十字） 72歳，男性。主訴肉眼的血尿。膀胱鏡にて三角部に発赤した浮腫状の隆起性病変を認め，膀胱S状結腸瘻と診断。前立腺癌の合併・S状結腸と膀胱の広範な癒着・膀胱生検でTCCの診断・瘻口と尿管口の距離が短いことなどを考慮し，膀胱および前立腺全摘＋回腸導管＋瘻口閉鎖術を行った。術後病理は，前立腺中～低分化腺癌 Gleason score: 3+4=7, ly (-), v (-), pn (+), cap (-), ur (-), sv (+), b (-), dw (-), ew (-), pT3b, n (-) 膀胱は悪性像を認めず。膀胱生検のTCCの病理は，炎症による粘膜上皮の反応性増生と考えられた。術後経過は良好。膀胱腸瘻は泌尿器科を受診するケースも多く，泌尿器科医も本疾患を念頭に置く必要があり，手術を行う際に患者のQOLを考慮し，十分なインフォームド・コンセント後に術式を決定すべきと考えられた。

術前PSA陰性にもかかわらず術後PSA上昇・骨転移を認めた前立腺導管癌の1例：杉山大樹，桑原勝孝，三島淳二，日下 守，石川清仁，泉谷正伸，白木良一，星長清隆（藤田保健大） 61歳，男性。2001年3月肉眼的血尿・排尿障害で当科受診。膀胱鏡施行し，前立腺部尿道に乳頭状の腫瘍を認めた。病理診断ではTCC，pT2であった。画像診断で遠隔転移認めず，膀胱前立腺尿道全摘施行。病理診断は前立腺導管癌であり，一部PSA染色陽性細胞を認めた。その後，PSA陰性化しないため，ホルモン療法施行するもPSA上昇を認め骨転移も認めた。化学療法施行するもPSAは上昇を続けている。前立腺導管癌は通常PSAは正常であり，病理学的には移行上皮癌と腺癌の両性格を示す事が多い。そのため診断は困難である場合もある。転移部の骨生検施行するも明らかな癌細胞を認めず，術後PSA上昇の理由は不明である。

精巣Leydig細胞腫の1例：福澤重樹，西川信之，河瀬紀夫，宮川美栄子（島田市民） 66歳，男性。1997年5月左陰嚢内に無痛性腫瘍を自覚し近医外科受診，陰嚢水腫を指摘されWinkelman手術をうけた。精巣も腫大していたが未治療。2002年5月左精巣腫瘍増大し当科受診。左精巣は7×5cmで硬く腫大。左精巣腫瘍と診断し高位精巣摘除術を施行した。腫瘍は6×5×4cm，病理診断はLeydig細胞腫であった。核分裂像，核異型，脈管浸潤を認めず組織学的には良性和診断した。精巣Leydig細胞腫の本邦報告61例について文献的考察を加えた。年齢は3歳から82歳で平均37.8歳（16歳未満の小児12例，成人49例）。小児では性早熟が多く症例で見られるが，成人では陰嚢内腫瘍として見つかる症例が多い。悪性か良性かの病理診断は難しい。明らかに悪性と報告されている症例は5例（8%）であった。

治療に難渋している精巣 Teratoma with malignant transformation：西原恵司，黒川覚史，渡瀬秀樹（名古屋市立城北），永田大介，林 祐太郎（名古屋市大） 症例は42歳，男性。主訴は右陰嚢内腫脹。右陰嚢腫脹増大および右下肢痛出現したため5月18日当科受診。右陰嚢内に充実性腫瘍を認めた。腫瘍マーカーはLDHのみ高値であった。CTにて，大動脈周囲および右外腸骨リンパ節腫脹，多発骨転移を認めた。5月23日右高位精巣摘除術を施行。病理組織でteratoma with malignant transformation，未分化神経外胚葉性腫瘍と診断された。術後BEP療法1クール施行にてPDであったため，Irinotecan，Nedaplatin療法を4クール施行し25%の縮小率をえた。次にCYVADIC療法3クール施行にて55%の縮小率でPRであった。治療中増大傾向にあった転移巣に対して，適宜放射線治療を追加した。現在，CYVADIC療法4クール目を施行中。今後の治療については現在検討中である。

女性尿道膀胱に発生した悪性黒色腫の1例：井上幸治，赤松秀輔，西尾恭規（静岡県立総合） 67歳，女性。既往歴に小児麻痺，脳梗塞，糖尿病。易出血性の外尿道口腫瘍を認め当科受診。外尿道口6時の位置より有茎性に突出したうずら卵大の腫瘍を認めた。生検を施行したがHE染色ではメラニン顆粒を認めず確定診断は困難であった。免疫染色を行い，HMB45およびS100蛋白が強陽性であった。HE染色でメラニン顆粒を認めなかったことよりamelanotic malignant melanomaと診断した。CT，MRIでは尿道から膀胱にかけて広範囲の腫瘍を認めた。尿道あるいは膀胱のどちらが原発か判断するのは困難であった。きわめて予後不良の疾患であり，全身合併症も多く根治手術は困難と考え放射線療法を施行した。腫瘍はやや縮小し治療後8カ月現在転移の所見なく生存中である。

陰茎の美容形成術後に生じた陰茎 Buck 筋膜下膿瘍の1例：松本力哉，本山大輔，西島誠聡，青木雅信，高山達也，鶴 信雄，古瀬洋，影山慎二，牛山知己，鈴木和雄，藤田公生（浜松医大） 症例は26歳，男性。2002年6月29日，他院で陰茎提切術と臍周囲脂肪の陰茎注入術を受け，3日後から発熱。抗生剤投与されたが発熱，陰部痛，呼吸困難が出現。敗血症，DIC疑いで当科入院。入院時，陰茎は発赤，腫脹。WBC 12,000，Plt 2×10⁴，CRP 28.0であった。CT，MRIで陰茎海綿体周囲のBuck筋膜下に膿瘍を認めた。保存的治療で一旦軽快したが，陰茎再腫脹したため，ドレナージ術施行。悪臭を伴う膿が排出され，注入された脂肪組織に感染が生じたと考えられ，陰茎Buck筋膜下膿瘍と診断。術後，陰茎腫脹は改善。今後，勃起不全を含め十分な経過観察が必要と考えられた。

フルニエ壊疽の1例：近藤厚哉，津村芳雄，田中國晃，岡本典子（刈谷総合） 86歳，男性。糖尿病治療中。主訴は排尿時痛と尿失禁。発症4日目に受診。陰茎の皮膚は壊死し，膿汁が貯留して腐敗臭を放っていた。陰嚢周囲に腫脹と握雪感があり，CTではガス像を認めた。陰茎を中心としたフルニエ壊疽と診断してデブリドメントを行い，膀胱ろうを造設した。開放創として生理食塩水で洗浄した。尿培養と膿培養からEnterococcus faecalisを検出した。尿道造影では球部尿道に狭窄所見を認め，ここから感染が広がったと考えられた。せん妄状態が遷延していて安静を保つことが困難であることから，尿道の再建は難しく尿路として陰茎を使用しないことから，2期的に陰茎を切断して創を閉じた。本症例では速やかな外科的ドレナージと，適切な抗生剤の投与および基礎疾患に対する治療が奏効し，陰茎を残すことはできなかったが救命した。

排尿障害を契機に診断された脊髄小脳変性症の2症例：松川宜久，加藤隆範，竹内宣久（市立半田） 症例1は59歳，女性。尿失禁，膀胱炎症状を主訴に受診，神経因性膀胱を疑った。膀胱内圧測定はunder active bladderパターンであった。歩行困難，ふらつき，構語障害もみられOPCAと診断された。間歇導尿にて排尿管理を行っている。症例2は62歳，男性。尿閉と全身状態不良にて受診。抗うつ薬の内服歴があった。パーキンソン様症状も見られたことから，神経因性膀胱を考えた。膀胱内圧測定ではunder active bladderパターンであった。その後歩行障害，陰萎などもみられOPCAと診断。αブロッカーと間歇導尿にて排尿管理を行っている。脊髄小脳変性症は稀な疾患であるが，排尿障害は自律神経症状の一端として，ほぼ全経過中に見られ，原因不明の排尿障害をみたときは考える必要がある。

ポータブルトイレを応用した女子排尿造影の試み：森 久（名古屋徳洲会） 女子排尿時膀胱造影は近年尿失禁患者の増加とともに件数も増えている。本院では、排尿時膀胱造影撮影架台がないため一般のX線造影台を用いて安定性、安全性を考え、造影台の足場台に木製のテーブル様台を取り付け両側面には金属製のワイヤーをつけて固定

するなどして、一般のポータブルトイレを使用して造影検査を行っている。これは、商品化されている架台に比べると、安定性においてはやや劣るが、安価であり、ポータブルトイレを使用する事で患者にとって日常の排尿時と最も近い、より自然な状態を提供することができるものとなっている。