

学会抄録

第220回 日本泌尿器科学会東海地方会

(2003年5月24日(土), 於 ばるるプラザ GIFU)

CAPD 開始10年後に発症した被嚢性腹膜硬化症の1例: 清家健作, 加藤成一, 菅原 崇, 水谷晃輔, 増成泰, 安田 満, 横井繁明, 伊藤慎一, 江原英俊, 高橋義人, 石原 哲, 出口 隆 (岐阜大), 操厚 (操外科) 45歳, 女性. 原疾患は妊娠腎. イレウス症状で発症しCAPD からHD に変更したが, 経口摂取再開後イレウス症状は再燃した. TPN を施行し腹腔洗浄は継続したが, 洗浄液より腸球菌が培養され細菌性腹膜炎と判断しCAPD カテーテルを抜去した. この時の腹膜生検にて被嚢性腹膜硬化症と診断した. その後もイレウス症状は持続したがステロイドは使用せず, TPNとして透析中に回路内へのカロリー輸液のみにて, 4年以上経過し血清 Alb 4.0前後を維持した. 皮下完全埋込み型カテーテルに適した静脈の閉塞のため, 在宅静脈栄養は実施できなかった. その後, 腹膜の石灰化は軽微であり腸管剝離術を実施し, 常食摂取可能な状態まで軽快した.

下大静脈内腫瘍塞栓を伴った副腎皮質癌の1例: 神谷浩行, 戸澤啓一, 橋本良博, 永田大介, 濱本周造, 益本憲太郎, 水野健太郎, 福田勝洋, 矢内良昌, 林 祐太郎, 郡 健二郎 (名古屋大) 34歳, 女性. 生理不順が出現し, 2001年末より近医婦人科受診するも改善なく2002年11月, 近医内科受診, CT で右副腎腫瘍を指摘され, 2003年1月28日当科紹介となった. 入院時, moon face, 挫創および陰毛増生を認めた. 血清 DHEA-S は著名に上昇していた. MRI および下大静脈造影にて下大静脈内腫瘍塞栓を伴う副腎皮質癌と診断した. 2003年2月28日手術を行った. 食道エコーでモニターし, サテンスキーにて下大静脈をクランプし, 腫瘍塞栓ごと腫瘍を摘出した. 手術時間は6時間10分. 出血は410gであった. 腫瘍の重量は635g. 大きさは12.5×11×8cmであった. 病理診断は副腎皮質癌であった. 術後, o, p'-DDD の内服を開始し3g内服中である. 3カ月経過した現在再発を認めていない.

後腹膜脂肪肉腫の1例: 近藤厚哉, 岡本典子, 田中國晃, 津村芳雄 (刈谷総合) 41歳, 男性. 2002年2月から視力障害が出現した. 精査にて後腹膜腫瘍を認め, 腫瘍に伴う癌関連網膜症と診断した. 2002年12月24日腫瘍摘出術を施行した. 腫瘍は線維組織に包まれて, 後面は腹壁と癒着していた. 左腎動脈は腫瘍に巻き込まれており, 左腎臓も腫瘍と一塊にして摘出した. 病理は高分化型の中に未分化な組織を混在した脱分化型脂肪肉腫であった. 一部腹壁と思われる骨格筋への浸潤を認めたが, 断端は陰性であった. 追加補助療法は施行していない. 術後5カ月を経過し再発, 転移なく生存中である. 術後, 視機能は改善していない. 後腹膜腫瘍に伴う癌関連網膜症は報告例がない.

Burned-out testicular tumor が疑われた後腹膜胚細胞腫に TIP 療法が奏効した1例: 本山大輔, 鶴 信雄, 松本力哉, 西島誠聡, 青木雅信, 高山達也, 高瀬 洋, 影山慎二, 牛山知己, 鈴木和雄, 大園誠一郎, 藤田生 (浜松医大) 症例は32歳, 男性. 主訴は右下腹部痛. 画像上, 骨盤内・傍大動脈リンパ節腫大と両側多発肺腫瘍を認め, 肺生検で Embryonal carcinoma と診断され2002年4月当科受診. 腫瘍マーカーはLDH, AFP の上昇を認めた. 精巣に腫瘍を触知せず, 超音波検査で右精巣に微小石灰化像が描出された. 精巣 Burned-out tumor を含む後腹膜胚細胞腫を疑い, BEP, TIP 療法各3コース施行. 腫瘍は著明に縮小し, マーカーは陰性化した. 同年11月, 残存腫瘍に対して肺部分切除術と後腹膜リンパ節郭清術を行ったが viable な腫瘍細胞はみられなかった. 術後約6カ月現在, 再発およびマーカーの再上昇を認めていない.

腎周囲脂肪組織内に発生した GIST (gastrointestinal stromal tumor) の1例: 対馬伸晃, 吉川和暁, 小松 茂, 高橋伸也 (豊橋市民) 70歳, 女性, 発熱を主訴とし内科で精査中にCT で右腎腫瘍を認め当科紹介となる. 画像診断上, 腎実質に比べ淡く造影される3cm大の腫瘍で, 当初部分切除術を考えていたが1カ月半で5cmに急激に増大. また発熱も続くことから悪性度が高いことも予想され

右腎摘出術を施行した. 腫瘍は周囲との癒着を認めず, 被膜に覆われ硬度があり, 断面は一般の腎細胞癌と異なり灰褐色であった. 術後は速やかに解熱した. 病理は, 腎周囲脂肪組織内の5cm大の腫瘍で腎被膜に接してはいるものの腎への浸潤を認めず, 腎外の腫瘍と考えられた. 異型性を示す紡錘形の腫瘍細胞が錯綜状に増殖し, 免疫染色ではS-100 (-), α -SMA (±), CD34 (-), c-kit (+) より extra-GIST と診断された.

腎癌との鑑別が困難であった腎線維腫の1例: 甲斐文丈, 新保育, 神林知幸 (磐田市立総合), 佐藤滋則 (国立天竜), 鈴木和雄, 藤田公生, 大園誠一郎 (浜松医大) 症例は70歳, 男性. 腺嚢胞精査のため施行された腹部CT検査で, 径3.5cmの左腎腫瘍を指摘され, 2001年1月17日, 当科を受診した. 腹部CT検査上, 腫瘍に明らかな被膜は認めず, 内部に微細な石灰化がみられた. 腫瘍は腎実質に比べやや高濃度で, わずかに造影効果を認めた. 腹部MRI画像上, 腫瘍はT1強調像, T2強調像ともに低信号を示した. 以上の所見は通常の腎細胞癌と異なっていたが悪性腫瘍も否定できないため, 2001年2月8日, 根治的腎摘除術を施行した. 摘出標本で, 左腎下極に径35×30×20mmの白色, 弾性硬で, 周囲との境界明瞭な腫瘍を認めた. 病理組織学的に腫瘍は密な線維細胞よりなり, 周囲との境界は明瞭だが明らかな被膜はなく, 悪性所見を認めず腎線維腫と診断した.

小児腎細胞癌の1例: 西島誠聡, 松本力哉, 本山大輔, 青木雅信, 高山達也, 鶴 信雄, 高瀬 洋, 影山慎二, 牛山知己, 鈴木和雄, 藤田公生, 大園誠一郎 (浜松医大) 症例は15歳, 男性. 右側腹部を打撲以後, 右側腹部痛が持続したため当科受診. エコーにて右腎上極に径3cm程度の腫瘍を認めた. 腎腫瘍を疑い腹部CT施行したところ, 右腎上極に辺縁に石灰化を有し徐々に造影される類円形腫瘍を認めた. 腹部MRI施行したが良悪性の鑑別は困難なため, 右腎の部分切除後, 迅速病理診断にて良悪性の鑑別を行うこととした. 部分切除した腫瘍は被膜を有する黄色・充実性で内部に壊死組織を認めた. 迅速病理診断にて悪性との結果をえ, 根治的腎摘除術に変更した. 摘出標本の病理診断は papillary renal cell carcinoma, grade 2, INF β , v (-), pT1a, pN0 で多数の砂粒体を認めた. stage I であったため術後補助療法は行わず退院とし, 現在も外来にて経過観察中だが再発は認めていない.

腎摘後 IL-2 療法を施行し, 病変が完全消失した左腎細胞癌, 肺転移, 脳転移, 局所再発の1例: 古橋憲一, 高士宗久 (碧南市民) 68歳, 男性. 2001年9月近医で左腎腫瘍を指摘され当科受診. 精査にて9×8×9cmの左腎腫瘍, 0.8×0.8cmの肺転移を認めた. T2N0M1と診断し, 10月23日に左根治的腎摘除術を施行した. 摘出重量は840g, 病理診断は renal clear cell carcinoma, G3, INF β , v (+), pT3a であった. 術後3カ月半, IFN α を投与したが, 肺転移が1.2×1.2cmに増大し数個の新しい転移巣も出現したため, 右肺部分切除術を施行した. その後さらに新しい肺転移, 局所再発が出現し, IL-2 70万単位の週5回の投与を開始した. 同時期, 右前頭葉に0.7×0.7cmの脳転移も出現し, X-knife 30 Gy を施行した. IL-2 の投与開始から3~4カ月後の画像検査で, 病変は完全消失した. 10カ月後投与回数を週3回に変更した. 腎摘後1年7カ月, IL-2 の投与開始後1年を経過するが再発なく生存中である.

腎癌骨転移に IL-2 が有効であった1例: 野畑俊介, 海野智之, 須床 洋 (富士宮市立) 51歳, 男性. 2002年1月10日左腰背部痛出現し当科紹介受診. 画像上左腎腹側に径6cmの充実性腫瘍と第10胸椎肋骨転移を認めた. 2月15日手術目的で当科入院となり, 2月19日左腎摘除施行. 病理は Renal cell carcinoma, clear cell carcinoma, INF α , pT3a. 2月28日よりIL-2療法開始. 最初は70万単位連日で3月16日より週5日に減量. またシメチジンの内服も併用した. 3カ月後のCTでは硬化性変化増強し, 軟部組織構造減少. 14カ月を過

きた現在も明らかな増大を示していない。IAPも入院時629 $\mu\text{g/ml}$ が375 $\mu\text{g/ml}$ まで低下した。2003年3月より週3日に減量し現在も外来で治療継続中である。

尿路と交通した化膿性腎嚢胞の1例：森川文雄（慈明会澤田）、堀田満喜男、澤田重樹、伊藤裕康（同内科）、池内隆夫（昭大藤が丘）症例は38歳、女性。2002年10月に急性腎盂腎炎で加療するも改善を認めなかった。画像診断で右腎上極に嚢胞を認め、化膿性腎嚢胞の疑いのもとに超音波下経皮的穿刺ドレナージを施行した。貯留液は膿性で約640 ml排出、培養の結果、*E. coli*を検出した。嚢胞造影で右腎盂との交通を認めたが、ドレナージとminocycline (200 mg)の嚢胞内注入などの保存的加療で軽快した。右腎嚢胞は穿刺後3カ月のCT像で著明に縮小を認めた。本邦における化膿性腎嚢胞の報告は、調べた限りで、93例であった。

内視鏡下に診断・治療した腎杯乳頭部血管腫の1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、大園誠一郎（浜松医大）症例は52歳、女性。1999年8月9日無症候性肉眼的血尿のため当科受診。同日施行した膀胱鏡で左上部尿路出血を認めた。CT、MRIなどの画像診断でナックラッカー現象と診断し外来で経過観察となった。しかし、持続する血尿により貧血傾向を認めたため11月29日、出血源の精査と止血を目的に経尿道的腎盂尿管鏡を施行。左中腎杯乳頭部に径5 mmの血管腫様病変を認めたため、生検の後可及的にレーザー切除施行。他に明らかな局所出血巣は認められなかった。病理組織学的に腫瘍は移行上皮に覆われる拡張した血管の増生が認められ、血管腫と診断。術後血尿は消失した。

Ho：YAGレーザーを用いて経尿道的に治療しえた漏斗部狭窄を伴う腎杯結石の1例：小林 恭、西澤恒二、小倉啓司、光森健二（浜松労災）33歳、女性。主訴は左腰部部痛。以前から同様の症状を繰り返していた。最大径6 mmの複数の結石を伴った左腎杯漏斗部狭窄を認め、ESWL施行するも排石をみず、Ho：YAGレーザー・軟性尿管鏡を用い経尿道的に結石破碎・漏斗部切開術を施行した。軟性尿管鏡が狭窄部を通過しえたため碎石を行った後に狭窄部を切開した。手術時間102分。在院日数3日。術後、結石・漏斗部狭窄ともに消失し症状の再発をみていない。

酸性尿酸アンモニウム結石を繰り返した神経性食思不振症の2例：加藤久美子、佐井紹徳、平田朝彦、鈴木弘一、吉田和彦、村瀬達良（名古屋第一赤十字）症例1は21歳、女性。主訴は左腰部痛。15歳から神経性食思不振症、下剤常用。1997年に10×6 mmの左尿管結石にESWL、その後結石を繰り返した。TUL後のdouble J catheterを核に膀胱結石（34×26 mm）ができ、2002年に経尿道的破碎した。症例2は18歳、女性。主訴は左下腹部痛。高校時代から摂食障害（後に神経性食思不振症と診断）、下剤常用。15×10 mmの左腎結石で1993年double J catheterを留置しESWL。これを核に膀胱結石ができ経尿道的破碎した。2000年にも結石自排があった。両名とも結石分析で酸性尿酸アンモニウム98%以上、身長156.5 cmに対し体重32.5、34 kgに至る痩せ、低Na、K血症、尿量減少を認めた。神経性食思不振症、下剤乱用の関与に気づくこと、精神科的治療と下剤乱用の中止が再発予防に肝要と考えられた。

腹腔鏡下腎盂形成術9症例の検討：荒木英盛、小野佳成、服部良平、吉野 能、小松智徳、大島伸一（名古屋大）2000年7月より2003年3月まで腎盂尿管移行部（UPJ）狭窄症に対して腹腔鏡下腎盂形成術（Anderson-Hynes法）を9症例に施行した。一次性が8例、内2例に交差血管を認め、二次性が1例であった。腎盂の縫縮を要する5症例に対してEndostaplerを使用した。吻合には4-0マクソンにて結節縫合した。平均手術時間は、290分、平均吻合時間は、105分。術後、2症例に腎盂腎炎を合併したが、重篤合併症はなかった。全例に症状・水腎症の消失または改善が認められた。腹腔鏡下腎盂形成術は、高度な技術を要するが、治療成績は従来の開腹手術の成績に匹敵し、高度水腎症または交差血管を有するUPJ狭窄症に対して有効な治療法と考える。

臍部子宮内膜症の1例：安井孝周、岡村武彦（名城）54歳、女性。臍部無痛性腫瘍を主訴に外科受診し、尿管腫瘍疑いで当科紹介受診。1年前から子宮筋腫指摘されていたが、無治療。臍部は視診上

異常認めず。臍部皮下に弾性硬、可動性不良の無痛性腫瘍を触知。腹部単純CTにて臍部皮下に20×20 mmの境界一部不明瞭な腫瘍を認めた。腰椎麻酔下、臍部腫瘍摘出術施行。最深部は腹膜と一部癒着し、併せて切除。腹腔内への連続性は認めず。臍形成術は施行せず。摘出標本は大きさ25×25 mmの充実性で赤褐色、断面は黄白色で数mm大のcystic lesionを数カ所に認めた。病理組織診断は子宮内膜症。病理診断の後、患者に病歴を再確認すると、あいまいではあるが性周期に一致した臍部腫瘍の大きさの変化が聴取された。他部位に子宮内膜症認めず。ホルモン療法施行せず。術後3カ月経過し、再発は認めていない。

化膿性尿管管嚢胞の1例：金本一洋、安藤亮介、飯塚敦彦、栗田成毅、飯上 洋（安城更生）56歳、女性。既往歴は卵管結紮術と両側の鼠径ヘルニア根治術。頻尿、排尿後の違和感および下腹部の圧痛にて2003年1月27日当院産婦人科受診。超音波検査にて膀胱頂部に約4 cmの嚢胞性腫瘍が認められMRIを施行。矢状断像にて膀胱頂部より正中頭側に連続する索上構造が認められた。2月14日当科紹介受診。精査にて感染により膿瘍を形成した化膿性尿管管嚢胞が疑われた。抗生剤投与にて炎症反応が沈静化し、感染の再発や腹腔内穿破など生じず3月18日尿管管摘除術を行ったが、癒着が強く膀胱と腹膜の一部も切除せざるえなかった。病理診断は炎症性の尿管管嚢胞であり、悪性所見は認めなかった。化膿性尿管管嚢胞の治療法は原則的に外科的切除であるが、腹膜炎合併の有無にかかわらず、周囲との癒着が著明な場合がある。患者は現在経過は良好である。

代用膀胱内多発膀胱結石に対しESWLが奏功した1例：山田健司、河合憲康、丸山哲史、池上要介、宇佐美雅之、吉村 麦、岡田淳志、林 祐太郎、郡 健二郎（名古屋市大）26歳、男性。先天性二分脊椎症による神経因性膀胱に対し、20歳時に膀胱全摘およびCamey 2法に準じたりザーバ造設およびMitrofanoff法を利用した自己導尿型代用膀胱造設術を施行。経過観察中に代用膀胱内に多発膀胱結石を認めた。内視鏡的処置は不可能であった。開腹術および永久的膀胱瘻を考慮したが、患者の強い希望もありESWLを施行した。少量の残石を認めたが、破碎効果は良好であった。残石は内視鏡的に摘出した。結石成分はリン酸カルシウム、炭酸カルシウムであった。腸管利用代用膀胱による代謝性アシドーシスおよび不完全な導尿のため発生した残尿が感染の誘因となり、その感染が結石形成の原因と考えられた。代用膀胱内膀胱結石に対しESWLも治療の選択肢の1つと考えられた。

膀胱自然破裂の1例：石田 亮、錦見俊徳、山田浩史、横井圭介、小林弘明（名古屋第二赤十字）72歳、女性。腹痛を主訴に当院救急外来受診。腹膜炎を疑い試験開腹施行したところ、膀胱壁に瘻孔を認めた。術後の精査にて膀胱圧乏しく、長期の神経因性膀胱により膀胱壁が薄くなり自然破裂をきたしたものと考えられた。

顆粒球コロニー刺激因子（G-CSF）産生膀胱腫瘍の1例：石田健一郎、柚原一哉、蟹本雄右（掛川市立総合）症例：75歳、男性。発熱、全身倦怠感、食欲不振を主訴に来院。BUN、CREの上昇および腹部CTにて両側水腎症、膀胱内腫瘍を認めた。術前末梢血白血球数は33,200/mm³（好中球88%）、G-CSF値は126 pg/ml（基準値18.1 pg/ml以下）と高値であった。T4aN0M0にて膀胱前立腺全摘出術を施行した。白血球数は正常化し、G-CSF値は低下したが正常化はしなかった。術後1カ月目に再び増加し、2カ月目には再発、初診時より3カ月半で癌死した。病理組織検査は一部TCC成分（G2）を含むSCCであった。また抗ヒトG-CSFモノクローナル抗体を用いた免疫染色で陽性所見を得たため、本邦48例目の顆粒球コロニー刺激因子（G-CSF）産生膀胱腫瘍と診断した。

BCG膀胱内注入後に発症したReiter症候群の1例：小久保公人、山田芳彰、安部俊昭、飛梅 基、成瀬克也、中村小源太、青木重之、瀧 知弘、三井健司、本多靖明（愛知医大）69歳、男性。主訴は発熱、多発性関節痛、結膜充血、排尿時痛。1997年12月膀胱CISに対しBCG膀胱注を6回施行。2002年10月頻尿を主訴に再診し、右尿管癌、膀胱CISの診断で右尿管管全摘術を施行。膀胱CISに対し、BCG膀胱注を開始し、2回目の5日後より発熱、全身関節痛、腫脹、発赤を認め、Reiter症候群の診断にて入院となった。RF、抗核抗体、HLA-B27、尿中結核PCRおよび尿培養は陰性であった。NSAIDs

と INH を投与し、PSL 30 mg を併用した。Reiter 症候群の診断基準より完全型 Reiter 症候群と診断した。本症例は文献上21例目であった。BCG 膀胱内注入療法の合併症の1つとして本症の存在を認識する必要がある。

MVAC 療法によって CR となった N2 膀胱癌の1例：兼光紀幸， 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） 74歳，女性。主訴は，鼠径部腫瘍触知。1989年より膀胱移行上皮癌の再発を繰り返し，計6回経尿道的膀胱腫瘍切除術（TURBT）を施行。2001年尿道部に再発し，膀胱尿道全摘除術を提示するも，患者が TUR を希望し，TURBT を施行。2002年1月両側鼠径部腫瘍を訴えた。同部に無痛性の硬結を触知し，膀胱鏡検査にて内尿道口部に非乳頭状腫瘍の再発を認めた。TURBT・開放生検を行ったところ，どちらも移行上皮癌 G2=G3 であり，T2pN2M0 と診断した。MVAC 療法2クールにて CR となり退院した。文献上，膀胱移行上皮癌の転移部位としてはリンパ節が最も多く，MVAC 療法の有効性は後腹膜リンパ節に対し，CR：37%，PR：29%，表在性リンパ節に対してはそれぞれ44%，22%と報告されている。化学療法後1年経過するが，再発・転移を認めない。

前立腺小細胞癌の1例：木村恭祐，松浦 治，佐々直人，磯部安朗，上平 修，近藤厚生（小牧市民） 62歳，男性。2003年1月，血尿，膀胱タンポナードで入院。CT 上，両側水腎，前立腺部に約9 cm 大の腫瘍，さらに骨転移，多発肺転移を認めた。ただし膀胱ろう，両側腎ろうを造設した。経直腸的前立腺針生検を施行し結果は小細胞癌であった。原発性前立腺小細胞癌と診断し肺小細胞癌の治療に準じて，CBDCA，VCR，DXR，VP16 を投与する m-CODE 療法を施行し治療前 PSA（タンデム）1.5 ng/ml と正常値，NSE 140 ng/ml，PRO-GRP 1,540 pg/ml は高値を示したが化学療法4クール後に低下し治療効果を反映した。原発巣は縮小効果（20%）を認めた。しかし発熱，全身状態悪化にて入院後3カ月で死亡した。腺癌を含まない小細胞癌のみの症例では平均生存率6.2カ月と予後不良であった。

サリドマイドが奏功したホルモン不応性前立腺癌の1例：平野泰広，白木良一，桑原勝孝，佐々木ひと美，日下 守，石川清仁，星長清隆（藤田保衛大） 62歳，男性。58歳時，他院にて前立腺癌（病期C）と診断。局所放射線およびホルモン療法を施行される。60歳当科初診。PSA 44.0 ng/ml にて骨転移を認め，ホルモン不応性前立腺癌と診断。磷酸エストラムスチン，ステロイド，PC-SPES などにて治療をするも抵抗性となった。2002年11月，サリドマイド（200 mg/日）の投与を開始。4週後に PSA は57.6%低下したが，発疹などが出現し一旦中止する。その後 PSA は再上昇し，隔日 100 mg にて再開した。約2カ月で PSA は再度45.6%低下した。原発巣，骨転移巣に客観的変化はなかったが，疼痛を含めた ADL が良好となった。サリドマイドがホルモン不応性前立腺癌を完治ができる訳ではないが，QOL や予後の改善に寄与する可能性が示唆された。

両側精巣腫瘍の1例：成山泰道，田貫浩之，上田公介（名古屋市立東），岡田淳志（名古屋市大） 40歳，男性。主訴は右陰嚢腫大。触診，超音波検査，CT，MRI にて両側精巣腫瘍を疑った。リンパ節腫大および肺転移は明らかでなかった。両側高位精巣摘除術を患者に勧めるも，患者の強い希望にてまず右高位精巣摘除術を施行。術前超音波検査および MRI にて左精巣での正常組織の残存が考えられたため，2カ月経過し左精巣部分切除術を施行した。しかしながら迅速病理組織診断にて断端陽性のため，高位精巣摘除術をせざるをえなかった。両側精巣腫瘍の病理結果は pure seminoma であった。現在ホルモン補充療法を行い，再発を認めず経過良好である。

術後7年目に肺転移をきたした Seminoma の1例：深津孝英，芝原拓児，山田泰司，木瀬英明，大西毅尚，金原弘幸，有馬公伸，杉村芳樹（三重大），曾我倫久人（紀南） 症例は，39歳，男性。1995年3月，左精巣腫瘍にて高位精巣摘出術施行。Pure seminoma pT1N0M0 stage 1 と診断され，腫瘍マーカーも正常化し外来経過観察となった。2002年8月胸部 XP にて，3個の coin lesion（最大 30×17 mm）指摘され，生検にて seminoma と診断されたため，BEP 療法4コース施行した。腫瘍マーカーは，HCG β 1.7，LDH 478と上昇していたものの BEP 1コース終了時に正常化した。4コース終了

時，肺病変はそれぞれ約90%の縮小を認めたが，CT 上残存が認められた（最大 14×6×9 mm）。Informed consent の上，手術は行わず現在外来経過観察中である。当院では，1975年から2002年までに116症例の精巣腫瘍の治療を行っており，調べた限りで再発例は本症例を含め4例であった。

超音波検査が診断に有用であった精巣腫瘍の1例：坂田裕子，長谷川嘉弘，脇田利明，林 宣男（愛知県がんセ），小倉友二（国立三重中央） 45歳，男性。6年前より左陰嚢内の硬結を自覚するも，増大傾向はなく放置していた。2001年9月頃より同部位に圧痛が出現し，近医にて精巣上体炎と診断されたが改善がなく，当科を受診した。理学所見上，精巣上体頭部に一致して有痛性の腫瘍を触知したが，精巣全体は正常であった。超音波検査にて精巣内部に低エコー領域を認めたため精巣腫瘍を疑い，左高位精巣摘除術を施行した。病理組織診断は，セミノーマ（pT1）であった。精巣腫瘍は陰嚢の無痛性腫大を初発症状とすることが多いが，文献上，陰嚢腫大を初発症状としない精巣腫瘍の報告が散見され，セミノーマも6例が報告されている。超音波検査は簡便に行うことができる検査であり，精巣腫瘍の診断に有用であると考えられた。

化学療法後に腹腔鏡下後腹膜リンパ節郭清術を施行した stage II NSGCT の1例：松川宜久，吉野 能，小野佳成，大島伸一（名古屋大） 28歳，男性。2002年7月より，背部痛を認め，近医受診。精巣腫瘍，後腹膜リンパ節転移の診断で2002年9月26日右高位精巣摘出術施行。術前腫瘍マーカーは，LDH 1,376 IU/l，AFP 32 ng/ml， β -HCG 8784.6 IU/l，病理診断は seminoma，embryonal carcinoma，immature teratoma であった。Stage IIb の NSGCT と診断した。BEP 療法を3コース，EP療法を1コースを行い，腫瘍マーカーは正常化し，後腹膜リンパ節は縮小した。2003年2月20日，残存腫瘍に対して腹腔鏡下後腹膜リンパ節郭清術を施行。手術時間415分，出血量181 ml。病理診断は teratoma であった。術後合併症として乳び腹水を認めたが保存的治療により消失した。腹腔鏡下手術は開創手術と比較して，今後有用な方法になると思われる。

精巣類表皮嚢胞の1例：加藤慶太郎，田中一矢，西川英二（名古屋掖協会），本多靖明（愛知医大） 30歳，男性。1年6カ月前よりの右陰嚢内無痛性腫瘍にて2002年12月20日当科初診。触診上，右精巣内に小指頭大の硬い無痛性の腫瘍を認めた。LDH，AFP，HCG- β に異常は認めなかった。超音波検査で右精巣実質内に境界明瞭な 15 mm 大の腫瘍を認め，腫瘍壁は高エコー，内部は低エコー像を示した。MRI では T1，T2 とも，腫瘍壁は低信号，腫瘍内部は T1 で等信号，T2 で高信号，造影では周囲の精巣実質のみ造影効果を認めた。右精巣類表皮嚢胞を疑い，2003年2月26日手術施行。右鼠径部切開にて精索を一時的に阻血し，腫瘍を周囲の精巣実質とともに核出，術中迅速病理診断にて類表皮嚢胞，周囲精巣は正常精巣組織の診断を得たので核出術にとどめた。壁には繊維性結合組織が，内腔にはケラチン化物質がみられ，類表皮嚢胞と診断された。超音波，MRI が術前診断に有用と考えられた。

後腹膜鏡下に切除した盲端重複尿管の1例：藤田高史，辻 克和，平野篤志，野尻佳克，初瀬勝朗，絹川常郎（社保中京），西村達弥（春日井市民） 症例は13歳，女性。2002年10月，反復性尿路感染症のため KUB・IVP と VCUG を施行。左不完全重複尿管と2度の逆流が見つかり，予防的抗生剤を内服するも breakthrough UTI を生じた。腹部造影 CT で左上腎尿管は腎門部で途絶しこの部に腎実質を認めなかった。VUR を合併した左盲端重複尿管と診断，2003年1月9日後腹膜鏡下に盲端尿管を切除し Pfannenstiel 切開で Paquin 法による逆流防止術を施行した。盲端尿管は 18.5 cm で，組織学的に尿管先端に腎組織を認めず正常尿管構造を有していた。盲端重複尿管は，自験例を含め本邦101例目であり，体腔鏡下で切除したのは調べた限り初めてである。術後4カ月で逆流は消失しており，尿路感染の再発はない。

尿路感染のコントロールが困難であった高位鎖肛男児例：佐藤乃理子，佐々木ひと美，市野 学，石瀬仁司，森川高光，桑原勝孝，日下守，石川清仁，白木良一，星長清隆（藤田保衛大） 生後2日，男児。出生直後，鎖肛，脊髄髄膜瘤に対し，人工肛門造設術，髄膜瘤閉鎖術を施行。術後に出現した尿閉に対し，導尿を開始，その後，尿道

カテーテルを留置した。合併尿路奇形は直腸尿道瘻、交叉性融合腎を認めた。生後3カ月の膀胱尿道造影にて、残尿を認めなかったため尿道カテーテルを抜去した。しかし、生後8カ月より尿路感染が持続、生後11カ月には人口肛門への尿の逆流が認められ、生後13カ月、急性腎盂腎炎を発症。原因は直腸尿道瘻からの便汚染と考え、生後14カ月、瘻孔閉鎖術を施行。術後、膀胱尿道造影にて、瘻孔の閉鎖を確認したが、膀胱に肉柱形成が認められたため、母親による間歇導尿を開始。現在、尿路感染はコントロールされている。

小児陰嚢内横紋筋肉腫の1例：鈴木竜一，米村重則，内田克典，藤川真二，松浦 浩，金原弘幸，有馬公伸，杉村芳樹（三重大） 症例は7歳，男児。2002年3月頃より右陰嚢内腫瘍に気づき某院にてエコーにて液体貯留を認め，精索水腫と診断され経過観察されていた。徐々に増大を認めエコー，MRIにて充実性腫瘍を認め，2003年3月に同院にて腫瘍摘出術を受けた。この結果，横紋筋肉腫が疑われ，精査加療目的にて当院紹介され小児科入院となった。入院後当院病理部にて胎児型横紋筋肉腫と確定診断された。血液検査，理学所見上異常なく，画像診断でも転移を疑う所見はなかった。残存腫瘍の検索，治療法決定のため，4月17日当科転科にて右高位精巣摘出術を施行した。病理所見上残存腫瘍は認めず，stage 1，グループ1と判断され手術2週後より小児科にて化学療法が開始された。陰嚢内傍精巣組織より発生したと考えられる横紋筋肉腫であり予後は良好であると考えられた。

トヨタ記念病院における男性不妊症に対する精子回収法の臨床成績：久保田恵章，玉木正義，前田真一（トヨタ記念），勝股克成，森

脇崇之（同産婦人科），出口 隆（岐阜大） 対象は1998年から2003年5月までに男性不妊症で精巣生検を施行した31例。閉塞性8例，非閉塞性23例。年齢は25歳から59歳，平均34.9歳。精巣容積，FSH，LH，テストステロンを測定。精液検査で無精子症と確認。精巣上体を穿刺吸引し精子を採取。精巣白膜を切開し精巣実質を採取，培養液に保存し，精子凍結保存。同時に病理検査し，Johnsen's score を判定。必要な症例には精管造影も施行。31例のうち，20例で精子凍結保存が可能であった。精子凍結保存可能であった20例のうち，15例にICSI-ETが施行，8例に妊娠が成立。1) 閉塞性症例の精子回収率は100%で，ICSIの妊娠率は100%。2) 非閉塞性症例の精子回収率は52%で，ICSIの妊娠率は22%。3) 精子回収の可否を予測する因子はFSH，LH，Johnsen's score。

臨床研究と生命倫理：塚田敬義（岐阜大学大学院医学研究科，倫理・社会医学部門）1964年のヒトを対象とする医学研究の倫理原則を定めたヘルシンキ宣言以降，日本においても生命倫理に係る法律などの整備が進んだ。ICH-GCP，クローン技術規制法，ヒトES細胞の樹立および使用に関する指針，遺伝子治療臨床研究に関する指針などである。共通概念として，ヒト対象医学研究は，ヒト由来の材料およびデータが含まれ，よって，被験者の福利に対する配慮と科学のおよび社会的利益との比較考量を要する。研究者はこの原則を心に留め，研究の妥当性を常に問い，継続し，研究の意義を社会に発信する努力が必要である。近々に，臨床研究に関する指針が施行される。その内容についてパブリックコメントが寄せられたが，その結果は，「今回は対応できませんでした。」とする積み残し状態であり，中央で継続的な対応が望まれ，動向に注視しなければならない。