

学会抄録

第221回日本泌尿器科学会関西地方会

(2012年12月8日(土), 於 ヴィアーレ大阪)

U字回腸新膀胱穿孔の1例：香山侑弘，壁井和也，井口太郎，玉田聡，川嶋秀紀，仲谷達也（大阪市大），北本興市郎（十三市民） 50歳，男性。膀胱癌 cT3bN0M0 に対して膀胱全摘・U字回腸新膀胱造設術施行。術後4カ月目に右上腹部痛を訴え救急外来受診。上部消化管穿孔を疑い緊急で試験開腹術施行したところ新膀胱は広範に壊死しており，2カ所穿孔部位を認めた。新膀胱摘除および両側尿管皮膚瘻造設術施行。敗血症性ショックに対して全身加療を行い，経過良好のため退院となった。不十分な自己導尿による新膀胱の過伸展が原因による新膀胱の壊死が穿孔の原因と考えられた。患者のコンプライアンスを含めた術前の評価が重要であると考えられた。

保存的加療で軽快したS状結腸膀胱瘻の1例：武長真保，伊丹祥隆，篠原雅岳，細川幸成，林 美樹（多根総合），藤本清秀（奈良医大） 76歳，女性。排尿時痛，気尿で当科を紹介受診した。注腸検査でS状結腸から下行結腸に多発する憩室を認め，憩室より造影剤の漏出を認めた。膀胱鏡では食物残渣を認め，腹部CTでは膀胱壁内に異常ガス像を認めた。以上よりS状結腸憩室炎による結腸膀胱瘻と診断した。治療の第1選択は手術であるが，広範な結腸切除術となるため，相談の結果，経過観察となった。腎盂腎炎を一度発症したが，定時の自己導尿による排尿管理と下剤による排便管理で結腸膀胱瘻の自然閉鎖を認めた。瘻孔の確認は一般的には困難で，膀胱鏡および注腸検査が比較的有效といわれている。自然治癒は困難で手術が第1選択である。本症例は保存的加療のみで治癒し，約5年6カ月再発を認めていない。

膀胱壁外へのメッシュプラグ迷入の1例：岡田紘一，向井雅俊，木内利郎，中山治郎，今津哲央，目黒則男，清原久和（市立豊中） 65歳，男性。主訴は肉眼的血尿。膀胱腫瘍を疑われ当科紹介。膀胱鏡で頂部に隆起性病変を認めた。鼠径ヘルニアの手術時に使用したメッシュプラグの迷入と考え，異物除去および膀胱部分切除術を施行した。

膀胱アミロイドーシスの1例：西川徳彰，出口隆司，岩井謙仁（和泉市立） 71歳，女性。近医のエコー検査で，膀胱腫瘍，左水腎症を指摘され，2011年11月，当院紹介受診。膀胱鏡検査で左尿管口を中心に膨隆を認めたが，粘膜面は正常であった。2011年11月，経尿道的膀胱腫瘍生検術を施行し，病理組織学的に膀胱アミロイドーシスと診断。CT，上下部消化管内視鏡，尿中Bence-Jones蛋白検査，血中蛋白分画検査などから続発性アミロイドーシスは否定的であり，原発性限局性膀胱アミロイドーシスと診断した。2011年12月，経尿道的膀胱腫瘍切除術を施行し，可及的に腫瘍を切除し，また左壁内尿管を露出した。術後，左水腎症は消失した。アミロイドーシス再発予防的にDMSO（dimethyl sulfoxide）の経皮吸収療法を施行したが，患者の希望により，1カ月で中止となった。

BCG膀胱内注入療法後に反応性関節炎を呈した血液透析患者の1例：今井聡士，石田貴樹，山野 潤，中野雄造，中村一郎（神戸市西市民） 50歳，男性。糖尿病性腎症により維持透析中，膀胱癌 UC，grade 3，pTa+is に対し BCG 膀胱内注入療法を行った。5回目注入後より排尿時痛が出現，6回目注入7日後から結膜の充血および発熱，腰痛，下肢関節痛を自覚し当院受診となった。炎症反応高値，リウマチ因子陰性，各種培養検査陰性，HLAB7 陽性であり反応性関節炎と診断した。NSAIDs 投与のみでは効果不十分であり，PLS 15 mg 投与により症状は消失した。PLS を漸減，中止後9カ月が経過したが再発を認めていない。維持透析中という細胞性免疫低下状態にもかかわらず，膀胱癌に対する BCG 膀胱内注入療法中に反応性関節炎を呈した症例はきわめて稀で文献検索上自験例が1例目と考えられた。

膀胱癌多発肝転移に対しGP療法が奏効した1例：岡 大三，金宮健翁，金光俊行，林 哲也，藤本宜正，小出卓生（大阪厚生年金）

37歳，男性。2010年3月頃から，頻尿のため近医泌尿器科で加療されていたが，同年11月に肉眼的血尿，尿細胞診陽性のため，精査目的に当科紹介。膀胱三角部，左側壁に発赤を認める他，腹部CT，骨盤MRI検査で異常を認めず，経尿道的生検施行し，UC，pTis，high/low grade であった。BCG 膀胱注8回後再生検し，UC，pT1，high grade であったが，2nd-TURBT では悪性所見を認めず，3カ月後の膀胱鏡検査で，結節型広基性腫瘍を三角部に認め，MRIにて壁外浸潤，CTでリンパ節，肝，腰椎，腸骨に多発転移を認め，膀胱癌 stage IV として MVAC 療法 2 cycles 施行したが PD，GC 療法 2 cycles で，リンパ節は縮小も肝病巣は SD のため，GP（gemcitabine + paclitaxel）に変更し，2 cycles で PR，4 cycles 施行後，肝病巣は嚢胞変化のみとなり，4週ごとの外来投与で，増悪を認めていない。GP 療法の有害事象は，両下肢の軽い痺れのみで，従来の化学療法抵抗性の膀胱腫瘍に対して考慮すべき治療法であると考えられる。

高度脊柱後弯患者に対して経恥骨式膀胱全摘除術を施行した1例：西澤 哲，楠本浩貴，花野雄一，浦 邦委，吉川和朗，児玉芳季，康根浩，松村永秀，柑本康夫，原 勲（和歌山医大） 81歳，女性。高度脊柱後弯に伴う亀背あり。BCG 抵抗性膀胱上皮内癌に対して，膀胱全摘除術を施行した。術中，高度脊柱後弯のため，肋骨弓と恥骨弓の距離が狭く，骨盤内の視野が確保できず，恥骨を一時的に切離し手術を行った。切離した恥骨は AO プレートを用いて整復し，術後の骨盤の安定性を保ちつつ，経恥骨式アプローチによる良好な視野の手術が可能であった。尿路変向は一側の尿管皮膚瘻を予定していたが，脊柱後弯に伴う体幹の前後径の延長のため，左尿管が右腹壁にとどかず，左右腹壁にそれぞれ尿管皮膚瘻を造設した。高度脊柱後弯は骨盤内手術がきわめて困難な病態であり，尿路変向の方法を含めて，術前に十分な検討が必要と考えられた。

膀胱全摘回腸導管造設術後12年経過して導管内再発を認めた1例：壁井和也，山崎健史，清水保臣，香山侑弘，桑原伸介，田中智章，川嶋秀紀，仲谷達也（大阪市大） 82歳，男性。2000年7月に血尿，頻尿で精査され膀胱ランダム生検にて CIS と診断。BCG 療法を施行するも効果なく2001年5月膀胱全摘除術・回腸導管造設術を施行（病理結果：UC，G3，pTis）。2006年エコーで右水腎症を指摘され MRI にて右尿管腫瘍を認めたため同年9月に右腎尿管摘除術を施行。右尿管は回腸導管付近で結紮切断し尿管断端陰性，病理結果は UC，pTis であった。2012年6月外来フォロー中に血尿が出現し内視鏡で導管内腫瘍を認め，回腸導管摘除術・左尿管皮膚瘻造設術を施行。右遺残尿管吻合部を中心に腫瘍を認め病理結果は UC，膀胱全摘回腸導管造設術後の導管内再発は非常に稀であり本症例に関して文献的考察を加えて報告する。

腹腔内精巣腫瘍の発生をみたミューラー管遺残症候群の1例：三島崇生，原田二郎，河 源（済生会野江），桜井孝規（同病理），岡田卓也（神戸市立医療中央市民） 46歳，男性。主訴は下腹部膨満。陰嚢内に精巣は触知せず，腫瘍マーカーはすべて高値，骨盤部に 16 cm の腫瘍・リンパ節腫大を認めた。腫瘍からは前立腺底部に流入する腫大した管腔組織を認めた。針生検結果はセミノーマで化学療法施行後に腹腔内腫瘍摘除施行。左精巣に続く管腔臓器は精囊と類似，腫瘍に続く管腔臓器はミューラー管由来であった。上記より腹腔内精巣腫瘍合併のミューラー管遺残症候群と診断。ミューラー管遺残症候群の成因はミューラー管抑制因子（MIS）の分泌不全，分泌時期の遅延，感受性低下とされる。また，MIS の作用部位に差異があるとの報告もあった。本症例も左右で発生過程に違いがあり，このような機序と推察された。

LOH 症候群に合併した前立腺癌の1症例：砂田拓郎，上戸 賢，濱田彬弘，加藤敬司，植月祐次，川西博晃，奥村和弘（天理よろづ相談所） 50歳，男性。めまい，全身倦怠感あり，他院で LOH 症候群と診断され，その際の精査にて PSA 高値を指摘された。経直腸前立

腺生検にて Gleason score 3+3=6 の前立腺癌を認め、cT1cN0M0 であった。2011年6月に腹腔鏡下前立腺全摘除術を施行し、pT2cN0M0 であった。術後 PSA は感度以下となり、術後7カ月目でテストステロンを補充開始し、めまい症状は消失した。テストステロン補充療法開始後も PSA 再発なく経過している。

両側副腎褐色細胞腫の1例のみ切除し経過観察中の1例：伊丹祥隆，武長真保，篠原雅岳，細川幸成，林 美樹（多根総合），藤本清秀（奈良医大） 46歳，女性。2011年1月に健診での腹部超音波検査で長径 5.5 cm 大の右副腎腫瘍を指摘され当科紹介受診。CT，MRI で右副腎に 5 cm 大，左副腎に 1.5 cm 大の副腎腫瘍を認め，副腎機能検査で血中・尿中ノルアドレナリン高値，¹³¹I-MIBG 副腎シンチで両側に hot spot を認め，両側副腎褐色細胞腫と診断した。両側・片側摘除術の長所短所につき手術説明を十分に行い，同年4月中旬に腹腔鏡下右副腎摘除術を施行。病理結果は褐色細胞腫であり，被膜損傷や悪性所見は認めなかった。左副腎腫瘍は残存した状態で血中・尿中カテコラミン値が正常化したため経過観察とした。現在術後1年8カ月経過しているが，症状顕在化なく，CT で腫瘍増大を認めず，またカテコラミン値も上昇なく経過観察中である。

23年間生存している右精巣卵黄囊腫瘍(cT4N3M1)の1例：大西健太，鳥本一匡，平山暁秀，穴井 智，飯田孝太，辰巳佳弘，橋村正哉，田中宣道，藤本清秀（奈良医大），吉井将人，渡辺秀次（済生会中和） 50歳，男性。1988年（27歳時）に腰痛および不全対麻痺で発症。前医初診時，後腹膜リンパ節に加え，肺および肝に転移が認められた。導入化学療法により CR となったが，2005年傍大動脈リンパ節に再発した。救済化学療法（BEP・VIP など計15コース）を施行されたが，治療抵抗性と腎機能低下のため継続は困難となった。2007および2010年に後腹膜リンパ節郭清が行われたが再発。2012年4月，治療継続のため当科へ紹介。同年6月に傍大動脈リンパ節を切除。本症例では，肺・肝転移果が初期治療以後 CR を維持し，再発部位は傍大動脈リンパ節に限局していた。これらの要因から救済外科治療を繰り返し行うことが可能となり，長期生存につながったと考えられる。

背景腎に Mixed epithelial and stromal tumor を認めた腎細胞癌の1例：角井健太，千葉公嗣，村蒔基次，竹田 雅，三宅秀明，田中一志，藤澤正人（神戸大），川上 史，伊藤智雄（同病理診断） 53歳，女性。健診で偶然左腎腫瘍を指摘され当科紹介受診。左腎細胞癌，cT1bN0M0 の診断で腹腔鏡下根治的左腎摘除術を施行。病理診断は clear cell renal carcinoma であった。背景腎の皮質に認めた小結節病変は組織学的に平滑筋様および卵巣様間質の増生巣を認め，また細管を形成する上皮の混在を認めており mixed epithelial and stromal tumor (MEST) と診断した。免疫組織化学的染色では間質成分は α -SMA，estrogen receptor，progesterone receptor に陽性であった。

腎部分切除術にて高血圧が改善したレニン産生腫瘍の1例：惣田哲次，奥見雅由，宮川 康，辻村 晃，野々村祝夫（大阪大） 35歳，女性。18歳時より高血圧を指摘されるも放置。25歳時，精査にて血漿レニン活性（PRA）高値を認めたが，その他異常なく降圧剤開始。今回，挙児希望あり再度精査し，PRA 高値に加え画像検査にて径 6 mm 大の右腎腫瘍を認めた。立位フロセミド負荷試験および生食負荷試験，腎静脈サンプリングにてレニン産生腫瘍に合致，右腎レニン産生腫瘍の診断にて外科的切除の方針となった。術前エコー検査にて腫瘍は同定できず，RENAL nephrometry score も7点であったため，後腹膜鏡補助下小切開腎部分切除術を施行。触診にて腫瘍を同定し完全切除した。病理組織は傍系球体細胞腫であった。術後経過良好で，PRA は速やかに低下し，降圧剤を内服することなく正常血圧が維持可能となった。

精巣腫瘍に対する化学療法施行中に肺膿瘍を来した1例：林 裕次郎，宮後直樹，武田 健，山口唯一郎，中山雅志，新井康之，垣本健一，西村和郎（大阪府立成人病セ） 32歳，男性。多発肺転移，胸膜播種，胸水貯留を伴う右精巣腫瘍（非セミノーマ T2N1M1b）に対して BEP 療法を4サイクル施行。胸膜播種や胸水は消失した。肺転移巣も縮小したが，内部壊死を伴い膿瘍化した。抗生剤内服にて経過観察中に，胸水の再貯留を認め腫瘍再発と，肺炎および肺炎随伴性胸水との鑑別に苦慮した。呼吸器科コンサルトし，精査を進め，肺炎随伴性胸水と診断し抗生剤内服を継続し治療しえた。BEP 療法終了後

3カ月現在，画像，腫瘍マーカー上腫瘍再発を認めない。

癒合腎に発生した IgG4 関連腎症の1例：富田圭司，藤原 遼，馬場雅人，山下寛人，水流輝彦，吉田哲也，影山 進，上仁数義，成田充弘，岡本圭生，荒木勇雄，岡田裕作（滋賀医大） 61歳，男性。他院内科 follow 中，血清クレアチニン上昇，精査の腹部造影 CT で癒合腎，右腎由来の腎盂に造影効果を伴う腫瘍性病変，後腹膜リンパ節腫脹を認め当科紹介。組織学的診断目的で尿管鏡検査を施行したところ，病理組織検査で腎盂粘膜は正常であったが尿路上皮下にリンパ球主体の炎症細胞浸潤を認めた。腎盂尿の細胞診は class II であった。追加で IgG4 免疫染色を行ったところ，炎症細胞浸潤を認めた粘膜下の病変と一致する部位に IgG4 陽性細胞を多数認め，IgG4 関連腎盂偽腫瘍が鑑別としてあげられた。採血を追加したところ，血清 IgG，IgG4 とも異常高値を認めた。IgG4 関連疾患を第一に考えプレドニゾン 30 mg の内服を開始，内服開始後1カ月の時点で腎盂腫瘍，後腹膜リンパ節ともに著明な縮小を認めた。

肝浸潤を伴う副腎原発悪性リンパ腫の1例：乾 将吾，本郷文弥，木村泰典，岩田 健，納谷佳男，鴨井和実，河内明宏，三木恒治（京都府立医大），落合登志哉（同消化器外科），岡島英明（同移植一般外科） 72歳，男性。右季肋部打撲後の鈍痛と微熱が持続し，近医受診。CT にて肝浸潤を伴う右副腎腫瘍を認め，当科紹介。副腎癌の診断にて右副腎摘除および肝右葉区域切除術施行。病理組織は副腎原発の悪性リンパ腫であった。

腎被膜発生と考えられた悪性リンパ腫の1例：種田建史，木下竜弥，吉岡 巖，原田泰規，安永 豊，岡 聖次（国立大阪医療セ） 81歳，男性。2011年12月，下腹部痛に対して施行した CT で左腎腫瘍を指摘され当科紹介受診。根治的左腎摘除術を施行し，病理所見は diffuse large B-cell lymphoma であった。術後 R-THP-CVP 療法を6コース施行し，現在のところ9カ月間再発・転移を認めず経過している。Primary renal lymphoma (PRL) は腎に限局して発生するリンパ腫であり，自験例のような被膜発生の症例は現在までに2例しか報告がなくきわめて稀である。手術が必要かどうかについて明確な見解はないが，報告例から手術の有無で生存率の比較を行ったところ明らかな有意差を認めなかった。手術によって化学療法開始が遅れることなどを考えると，術前診断が可能な症例では生検で確定診断とし早期に化学療法を開始するのが望ましいと考えられる。化学療法については，rituximab が保険適応となってから予後は著明に改善しており，2003年以降では5年生存率76%であった。

急性心不全を契機に発見された Pheochromocytoma multisystem crisis (PMC) の1例：岸本 望，谷川 剛，岩西利親，中川勝弘，今村亮一，細見昌弘，山口誓司（大阪急性期医療セ），内藤 尚（同心臓内科），橋本展洋（同腎臓内科），伏見博彰（同病理） 52歳，男性。呼吸困難を主訴に近医受診。急性心不全と疑われ当院救急搬送となった。CT で約 8cm の左副腎腫瘍を認め，MIBG シンチで集積を認めた。脳症，高熱，多臓器不全，重篤な血圧異常の4徴を認めており，pheochromocytoma multisystem crisis (PMC) と診断した。薬物治療に加え，カテコラミン除去目的に施行した血液透析により循環動態の変動を最小限に抑えることが可能であった。第29病日に左副腎摘除術を施行した。術後経過は良好で血中カテコラミン値は正常化した。PMC 急性期の血液透析がカテコラミン除去に有用であったので報告する。

陰茎癌非触知鼠径リンパ節転移の診断にセンチネルリンパ節生検が有用であった1例：松田 歩，山崎俊成，中村健治，上山裕樹，松岡崇志，村上 薫，小林 恭，寺田直樹，杉野善雄，松井喜之，今村正明，大久保和俊，神波大己，吉村耕治，小川 修（京都大） 76歳，男性。主訴は陰茎びらんと排尿困難。2001年に前医で陰茎癌に対し陰茎部分切除と両側鼠径リンパ節生検施行。SCC，pT2，pN2 と診断。2012年陰茎癌再発疑いで紹介。画像検査および穿刺吸引細胞診にて陰茎癌術後再発，右鼠径リンパ節転移 cT3N2M0 と診断。蛍光法での左鼠径センチネルリンパ節生検および陰茎全摘を施行。左鼠径リンパ節転移を認め，両側骨盤・鼠径リンパ節廓清を施行。右骨盤，右鼠径リンパ節転移を認め，術後補助化学療法を施行した。Photo dynamic eye system を用いたセンチネルリンパ節生検により非触知リンパ節転移の診断が可能となり，リンパ節郭清範囲の決定に有用であった。

術前診断が困難であった胃膵膜下腫瘍の1例：粥川成優，間山大輔（京都府立与謝の海），本郷文弥（京都府立医大） 79歳，男性。既往歴は高血圧。胸部レントゲン上の異常陰影に対する精査目的に他科で撮影された胸部CTにて偶発性左副腎腫瘍を指摘され，精査加療目的に当科紹介受診。内分泌学的検査，CT・MRI・MIBG シンチグラフィにて内分泌非機能性副腎腫瘍と診断し，約5cm大であったため，副腎癌の可能性も考慮し，2012年8月14日に腹腔鏡下副腎腫瘍摘出術を施行した。腹腔鏡下の術中に副腎周囲に目的の腫瘍を認めず，消化器外科コンサルトの上で開腹に移行し胃の上方まで展開したところ，胃体上部大彎側に5cm大の有茎性管外発育性腫瘍を認めた。これを胃壁を含め十分にマージンを取り摘除した。病理学的診断はGIST (gastrointestinal stromal tumor) であった。術後4カ月経過するが再発は認めていない。

腎 Castleman disease の1例：洪 陽子，金城孝則，野々村大地，山本致之，米田 傑，野村広徳，鄭 則秀，高田晋吾，松宮清美（大阪警察），城光寺 龍，辻本正彦（同病理診断） 61歳，男性。人間ドックにて胆嚢筋腫症を指摘され，MRIで17×16mmの右腎上極腫瘍を認め当科紹介。造影CTにて早期濃染，後期wash outする腫瘍を認めた。腎細胞癌が疑われたため，腹腔鏡下右腎部分切除術を施行。腎被膜が周囲脂肪組織と強固に癒着しており剥離に難化した。病理診断はCastleman disease, Hyaline-vascular type であった。術後3カ月のCTでは，再発や転移を認めず，今後は半年ごとに経過観察する方針とした。

Sunitinib 治療中に喀血を来した1例：奥野優人，桑原 元，福原 恒，山尾 裕，田口 功，岡本雅之，川端 岳（関西労災） 59歳，男性。2007年11月に左腎癌の診断にて根治的腎摘除術施行。病理結果はclear cell carcinoma, pT3N0M0であった。術後3カ月で局所再発の疑いあるも通院を自己中断したため一旦フォロー落ちとなった。術後3年8カ月で健診を契機に他院呼吸器内科で多発肺結節および左肺門部リンパ節腫大を指摘され，気管支鏡下生検にてRCCの転移と判明した。Sunitinib治療を開始し，2コース終了後，PRを得たため3コース目を開始した。Day11で喀血を来し，気管支鏡検査にて肺門部リンパ節からの出血が疑われた。Sunitinibを休業し，待機的にTAEを施行した。一旦は出血をコントロールできたが，4日後に大量喀血し，死亡した。

腎神経内分泌腫瘍（カルチノイド）の1例：稲垣裕介，藤田和利，中井康友，高山仁志，辻村 晃，野々村祝夫（大阪大） 32歳，男性。CTで左腎腫瘍を認め精査目的に当院紹介となった。腹部造影CTでは左腎嚢胞，嚢胞壁の石灰化を認め，腹側の嚢胞内に淡く造影される充実性の腫瘍を認めた。以上より腎悪性腫瘍の疑いで後腹膜鏡下根治的左腎摘除術を施行した。摘除標本では腎上極寄りに5cm大の嚢胞性病変を認め，一部の嚢胞内には充実性の腫瘍を認めた。病理組織像はHE染色で淡明な細胞質を持つ細胞が，胞巣状，索状に増生しており，核分裂像はほとんど認められなかった。免疫組織化学でNSE, CD56が陽性であり腎カルチノイドと診断した。本邦では39例の報告があり，CTで造影効果不良や石灰化，嚢胞を伴うといった特徴を認めた。転移・再発は11例に認めたが，術後9カ月の現在転移再発なく経過している。

腎血管平滑筋腫との鑑別が困難であった腎血管筋脂肪腫の1例：岩本勝来，町田裕一，山崎健史，桑原伸介，内田潤次，川嶋秀紀，仲谷達也（大阪市大），岩井友明（八尾市立） 症例は52歳，女性。他院でCT上左腎腫瘍指摘され当科紹介。画像上は単純CTで14×7mm大の腎実質より高濃度の腫瘍認めた。造影CTでは内部均一に造影された。MRI上は脂肪成分認めなかった。腎細胞癌の可能性否定できず，腹腔鏡下腎部分切除術を施行。剖面は黄白色調であった。病理組織診断ではHE染色で紡錘形細胞の錯綜配列を認め，明らかな脂肪組織を認めず，腎血管平滑筋腫の可能性も考慮されたが，HMB-45染色陽性となり脂肪成分の欠如した腎血管筋脂肪腫と診断された。本症例は脂肪成分が欠如しており，術前診断が困難であった。また，病理組織学的に腎血管平滑筋腫と鑑別する上でHMB-45染色が有用であった。

膀胱転移を来した右腎癌の1例：松下 慎，岡田宜之，川村憲彦，氏家 剛，任 幹夫，辻畑正雄（大阪労災） 症例は70歳，男

性。無症候性肉眼的血尿出現し，近医受診。腹部CTで右腎と膀胱内に腫瘍を認め，精査加療目的で2012年7月，当院紹介受診。当院で施行した造影CTでは，さらに骨転移，肺転移を疑う所見を認めた。2012年7月，経尿道的手術施行。頂部右側に径2cmの有茎性非乳頭状腫瘍を認め，病理診断はclear cell carcinomaであった。2012年8月，右腎腫瘍の診断で後腹膜鏡下右腎摘除術施行。右腎中極に径6cmの腫瘍を認め，病理診断はclear cell carcinoma G2>G3, pT3aであった。膀胱腫瘍と腎腫瘍の組織像は類似しており，腎癌の膀胱転移と診断した。膀胱転移を来す腎癌の報告は少なく，本症例を含め本邦で27例が報告されている。本症例のように腎癌と膀胱転移が同時に診断された症例はさらに少なく，9例のみ報告されている。若干の文献的考察を加え報告した。

腎に発生したIgG4関連炎症性偽腫瘍の1例：福井崇之，朴 英寿，谷口英史，植原秀和，安田考志，川瀬義夫，金沢元洪（松下記念） 74歳，男性。左腰背部痛で近医を受診，腹部超音波で左腎腫瘍を指摘され，当科へ紹介。CTで左腎中極に6cm大の比較的均一に造影される腫瘍と腎門部リンパ節腫大を認め，左腎癌cT1bN2M0として左腎摘除術と腎門部リンパ節郭清術を施行した。摘出標本の病理検査はIgG4関連炎症性偽腫瘍の診断であった。合併病変の検索目的で術後にPET-CT検査を施行したが他のIgG4関連疾患を示唆する所見は認めなかった。IgG4関連腎臓病は様々な時相で他臓器に合併病変を有することが多く，他のIgG4関連疾患の経過中に診断されることが多い。自験例は術前にIgG4関連疾患を疑う所見が乏しく画像所見で鑑別は困難であり，腎摘除術は回避できなかった。今後は，合併病変の出現について経過観察が必要である。

孤立性腎癌副腎転移に対して術前スニチニブ投与が奏功した1例：井上貴昭，増田朋子，西田晃久，川喜多繁誠，室田卓之（関西医大附属滝井），杉 素彦，木下秀文，松田公志（附属枚方） 患者は60歳，女性。2000年8月に右腎癌に対して根治的腎摘（同側副腎摘），2008年5月に転移性子宮・左卵巢腫瘍に対して子宮・左卵巢摘除を施行した。2008年8月に左転移性副腎腫瘍を指摘されスミフェロンを開始するも，徐々に増大を認めたため2010年6月からスニチニブ50mgを開始した。スニチニブ1クール目にgrade3の肝機能障害を認めたが腫瘍は20%の縮小を示したため，休薬・減量し25mgで再開しその後37.5mgに増量したところさらに腫瘍は縮小しPRとなった。左副腎以外に遠隔転移は認めず患者のPSが良好，4年間新たな新病変が出現していないこと，画像的にスニチニブ投与の効果があり摘除可能と判断し2011年6月に左副腎摘除を施行。病理結果はmetastatic RCCであった。術後補助療法は施行せず，現在までに19カ月経過するも再発は認めない。

右尿管腫瘍と右腎細胞癌を同時に認めた1例：小熊一輔，黒木慶和，樹田周佳，播本幸司，西本憲一，西川慶一郎（府中） 77歳，男性。2010年6月に血尿を主訴に受診。画像精査にて右下部尿管に12mm大の腫瘍，および右腎に10mm大の腫瘍を認めた。後腹膜鏡下右腎摘除術，右尿管全摘および膀胱部分切除術施行。病理組織結果は，腎はclear cell carcinoma, G1, INFα, pT1a, pN0, pM0, pV0, 尿管はtransitional cell carcinoma, G3, INFβ, pT3, pR0, pL3, pV0であった。尿管癌に対する術後化学療法として，MEC2クール施行するも膀胱内に再発を認めTUR-Bt施行。病理はurothelial cell carcinoma G3>2であった。その後は動注リザーバーを留置しTHP, CDDP動注を6クール施行した。動注後の膀胱鏡にてmassの2度目の再発を認め，TUR-Bt再度を施行。2度目のTURより1年経過し，現在は再発を認めていない。今回われわれは比較的稀な尿管腫瘍と腎細胞癌の同側同時発生病例を経験したので，文献的考察を加えてここに報告した。

G-CSF産生腎盂腫瘍の1例：沖 貴士，杉本公一，能勢和宏，西岡 伯（近大堺），前倉俊治，落合 健（同病理），坂野恵里（耳原総合） 43歳，女性。発熱と白血球上昇，左腰痛を認め当科受診。腹部造影CTにて左腎盂腫瘍を認めたが，炎症反応高値であったため，腎黄色肉芽腫性腎盂腎炎も考慮に入れ，経皮的腎生検施行。悪性腫瘍の可能性が高く，G-CSF産生腫瘍と診断。左腎盂尿管全摘出術を施行し病理結果は尿路上皮癌，G3, pT4N0M0であった。また同日採取したG-CSFが224pg/mlと高値であった。術後G-CSFは73.4pg/mlと低下し，GC療法2コース，GDC療法5コース，GP療法1コー

ス行い、一時は病勢を抑えられていたが、G-CSF 高値となり全身状態悪化し手術より約9カ月にて死亡した。一般的に G-CSF 産生腫瘍は診断時に進行例も多く、化学療法などの治療に抵抗性であり予後不良であることが多い。

腎原発小細胞癌の2例：横山直己，宮崎 彰，寺川智章，田中浩之，井上隆朗（兵庫県立がんセンター） 症例1：72歳，女性。乳癌の術後，経過観察中のCTで右腎盂に腫瘤を指摘され，当科紹介受診。右腎盂癌として右腎尿管全摘除術施行，病理組織は腎盂小細胞癌，pT3bN1であった。術後5カ月で骨盤内リンパ節に再発認めたが，追加治療は希望されなかった。症例2：82歳，男性。肉眼的血尿認め近医受診。CT検査で右腎盂に腫瘤指摘され，当院紹介。右腎盂癌として右腎尿管全摘除術施行，病理組織は腎小細胞癌，pT4N2であった。現在ETP+CBDC療法施行中である。肺外原発小細胞癌の中でも腎原発は生存期間中央値が約6カ月程度と予後が悪い。しかし術前および術後の集学的な加療により長期生存を認めた症例報告もあり，より厳密な術前精査や積極的な治療介入は有用であると考えられる。

尿管子宮内膜症の1例：園田哲平，伊藤嘉啓，金丸知寛，青山真人，中村敬弘，伊藤哲二（PL） 52歳，女性。発熱あり，近医を受診，その際にエコーにて右の水腎症を指摘され，精査加療目的で紹介。造影CTにて，尿管の下端である右内外腸骨動脈分岐部付近の尿管に接するように造影効果のない腫瘍を認め，後日施行した，尿管鏡検査では尿管内に腫瘍を認めず，尿管周囲腫瘍の外からの圧排による水腎症と診断し，開腹にて手術を施行した。尿管は強固な結合組織で前面を覆われており，結合組織と一塊に尿管を部分切除し，その後，尿路変更として尿管端々吻合施行した。病理診断は，尿管子宮内膜症（壁外型）であった。術後は，内膜症病変の再発予防にジェノゲストの内服を行い，現在の所，水腎症の再発を認めず経過良好である。

尿管 Fibroepithelial polyp の1例：桃園宏之，鈴木光太郎，近藤 有，楠田雄司，山田裕二，濱見 學（兵庫県立尼崎） 38歳，男性。家族歴，既往歴に特記事項なし。肉眼的血尿にて近医受診，左尿管口から膀胱内に突出する腫瘍を認め当科紹介。DIPで左下部尿管に陰影欠損あり。尿管鏡下生検にて尿管 fibroepithelial polyp と診断され，経尿道的レーザー焼却術を施行した。術後2年経過しているが，フォローのDIPで陰影欠損は消失し膀胱内も再発を認めていない。尿管 fibroepithelial polyp で内視鏡的に安全に治療できた1例を経験した。

尿管癌の鑑別が困難であった子宮内膜症の1例：福田聡子，王 聡，小森和彦，井上 均，西村健作，原 恒男（市立池田） 症例は，41歳，女性。高血圧 蛋白尿を主訴に当院内科受診，超音波検査で左水腎症左重複尿管を指摘され，当科紹介受診。血液検査では軽度貧血を認めるのみであったが，CTで左尿管下部に腫瘍性病変を認め，MRIで左尿管壁外周囲に辺縁不整な腫瘍影を認め，浸潤性尿管腫瘍を疑った。RPにて左仙腸関節に陰影欠損を認め，尿細胞診は陰性でありレノグラムは左無機能型であった。以上より左尿管癌cT3N0M0を強く疑い，左後腹膜鏡下腎尿管全摘を施行。術中重複尿管吻合部周囲に硬結を伴う腫瘍認め，周囲組織と強固に癒着しており剥離困難であった。腫瘍部の迅速病理結果は子宮内膜症であった。病理組織学的所見では，尿管壁外に子宮内膜症組織が島状に存在し，それにより内腔組織は強い線維化を起こしていた。

仮性尿管憩室の1例：鈴木光太郎，桃園宏之，近藤 有，楠田雄司，山田裕二，濱見 學（県立尼崎），山道 深（県立塚口） 77歳，女性。2012年4月より右腰部背痛と肉眼的血尿が出現し近医を受診。DIP，CTにて右水腎症を認め，精査加療目的で当科紹介となった。造影CTを施行し，右水腎症およびUPJの壁肥厚を認め，RPでは同部位に多発憩室様所見を認めた。その際に採取した尿から尿路上皮癌が検出された。右尿管癌と診断し右腎尿管全摘術を施行。病理組織学的検査では，尿細胞診の結果に反し，悪性所見は認めなかった。憩室様の部位には，粘膜が筋層を破って陥入している像を認め仮性尿管憩室と診断した。仮性尿管憩室は比較的に稀な疾患であり，良性疾患であるため，本症例のように組織学的検索がなされた例は少ない。発生機序に関してはもともとあった脆弱部に炎症が加わり，発生したものと考えた。

後腹膜嚢胞性腫瘍に SAND バルーンカテーテルを用いて後腹膜鏡下嚢胞摘除術を施行した1例：岩西利親，今村亮一，岸本 望，松崎恭介，中川勝弘，谷川 剛，細見昌弘，山口誓司（大阪急性期医療セ），島津宏樹，伏見博彰（同病理） 73歳，女性。腹痛を主訴に近医受診し，嚢胞性腫瘍を指摘。当科紹介後，右腎尾側に9cm大の嚢胞を認め，尿管，下大静脈を圧排していた。SAND バルーンカテーテルを用いて後腹膜鏡下右嚢胞摘除術を施行。SAND バルーンカテーテルは嚢胞内溶液を吸引して虚脱させ，嚢胞の牽引にも有効であった。後腹膜嚢胞性腫瘍に対し，SAND バルーンカテーテルは有効なデバイスとなりえることが示唆された。

卵巣腫瘍術後に後腹膜腔に発生した Chronic expanding hematoma の1例：小糸悠也，飯田剛嗣，福井勝也，地崎竜介，中川雅之，杉素彦，木下秀文，松田公志（関西医科大学） 60歳台，女性。2000年に卵巣腫瘍手術施行し，2004年より骨盤左側に直径7cm大の腫瘍を認め血腫と言われていた。2012年，腫瘍の増大傾向を認めたため，精査。PETで集積を認めたため，悪性の可能性も考慮され腫瘍摘出された。被膜ごと摘出され chronic expanding hematoma と診断。術後再発は認めていない。

前立腺全摘除術後のリンパ漏に対して自己血パッチが奏功した1例：小田晃廉，酒井 豊，丸山 聡，田中宏和（加古川医療セ） 症例は71歳，男性で主訴はPSA 高値。2012年2月，PSA 4.6 ng/ml と高値指摘され当科紹介受診。2012年3月に経直腸的前立腺針生検施行し，adenocarcinoma 検出された。精査の結果で遠隔転移は認めず，恥骨後式前立腺全摘除術施行した。術後にリンパ漏の遷延を認め，drain 留置部より自己血注入を施行する事で drain よりの排水量が劇的に減少し，drain 抜去に至った。リンパ漏は主にリンパ節廓清を伴う手術後に発生する合併症の1つで，治療法には経皮的・開腹ドレナージ，硬化療法・手術療法などがある。自己血パッチは，主に硬膜外麻酔後の遷延する疼痛や脳脊髄液減少症などの治療に用いられる。本症例はこれらを応用し，効果をえることができた。緒家の報告ではフィブリン製剤注入の報告例は散見されるが，自己血パッチ施行の報告例は本邦初であった。

前立腺小細胞癌の1例：北 和晃，松村健太郎，呉 偉俊，大町哲史（ベルランド総合） 64歳，男性。2008年5月にPSA 上（250 ng/ml）のため前立腺生検施行。前立腺癌cT2bN0M1bの診断で近医にてCAB療法開始。2011年3月に肉眼的血尿出現。膀胱鏡にて乳頭状腫瘍，造影CTにて前立腺から膀胱にまたがる腫瘍，傍大動脈から骨盤部の多発リンパ節腫大を認めた。膀胱腫瘍生検，前立腺再生検施行したところ病理結果は小細胞癌であった。肺に原発腫瘍がないため，前立腺原発小細胞癌と診断し，CDDP+VP-16を4コース施行。腫瘍増大傾向となったため，抗癌剤をアムルビシンに変更し，6コース施行。PRの効果を得られており，前立腺小細胞癌において転移のある症例は平均予後が7.3カ月と報告されているが，本症例は診断してから21カ月経過し生存している。アムルビシンは日本で開発された抗がん剤であるが，前立腺小細胞癌での使用報告例は少ない。しかし今後は化学療法として有効な薬剤と考えられる。

中リスク限局性前立腺癌に対する IMRT 成績の検討：安富正悟，大関孝之，江左篤宣（NTT 大阪），福田磯一，山田優二（同放射線治療） 【目的】当院における中リスク前立腺癌に対する IMRT の治療成績について検討した。【対象と方法】対象は2007年9月から2010年12月までに IMRT を施行した中リスク癌45例。D'Amico の分類に従い，生物学的再発は Phoenix の定義に従った。【結果】年齢は53～80歳，PSA は 3.58～19.9 ng/ml，観察期間は18～62カ月であった。12例で先行内分泌療法を施行した。3年癌特異的生存率は96.4%，非再発率は89.9%であった。生物学的再発は7例，うち癌死1例。すべて IMRT 単独例であった。有害事象は24例に認め，G2 までで頻尿が最多であった。【考察】先行内分泌療法施行例では再発を認めず中リスク癌に対する先行内分泌療法の有効性が示唆された。

経尿道的射精管解放術（TUR-ED）にて精液所見が著明に改善した不完全射精管閉塞の1例：小川悟史，山口耕平，村蒔基次，竹田雅，三宅秀明，田中一志，藤澤正人（神戸大） 患者は35歳，男性。不妊を主訴に前医を受診し，精液検査で精液量の減少認めた。精査加療目的で当院紹介され，当院でも同様の精液所見を認めた。理学所見

では精巣容量は左右とも 26 ml 以上でその他明らかな異常は認めず、また下垂体一性腺経ホルモン値は正常であった。経直腸エコーを施行し、前立腺正中に嚢胞状の病変を認め、また拡張した精囊認めた。このため不完全射精管閉塞を疑い、左射精管造影を施行した。精囊の拡張と射精管の狭窄部位を確認できた。TUR-ED 施行し、術後著明な精液所見の改善を認めた。射精管閉塞は男性不妊症の原因の約 1～5 % を占め、正確な診断と治療によって自然妊娠が望める可能性のある疾患であり、疑わしい症例においては積極的に精査加療を勧めるべきであると考えられた。

右陰嚢内脂肪肉腫の 1 例：宮下雅亜，岡岡健児，稲葉光彦，藤戸章（済生会吹田） 75歳，男性。既往歴は両側鼠径ヘルニア術後、前立腺癌術後。前立腺癌フォロー中、無痛性右陰嚢腫大を認めた。右陰嚢内に硬結腫瘍を触知したがエコーで精巣に異常を認めなかった。MRI で腫瘍は脂肪と等信号であるが、脂肪抑制では完全に抑制はされなかった。造影 CT では脂肪様成分の中に造影される充実成分や隔壁を認めた。以上から脂肪肉腫と考え、右高位精巣摘除術を施行。病理学的所見では大小不同の脂肪細胞の間に膠原線維の増殖や異型細胞が散在しており、高分化型脂肪肉腫と診断された。脂肪肉腫の治療は外科的切除が第一選択であり、十分な切除範囲をとることが重要である。また術前診断で大綱による鼠径ヘルニアや脂肪腫と診断されていた症例も報告されており、適切な術前診断が重要である。脂肪抑制 MRI や造影 CT が術前画像診断として有用であると考えられた。

交通外傷により左精巣上体損傷を来した 1 例：米田 傑，洪 陽子，金城孝則，野々村大地，山本致之，野村広徳，鄭 則秀，高田晋吾，松宮清美（大阪警察） 55歳，男性。2012年4月に金属環を陰茎・陰嚢に装着し、その後徐々に腫脹と疼痛が出現したため、同年5月当科受診。陰茎根部に金属環が6本装着されており、外来で切断を試みるも不可能であり、手術目的に同日緊急入院。全身麻酔下にボルトクリッパーにて金属環切断術を施行。圧迫部に皮膚潰瘍を伴ったほかは特記合併症を認めず、術後6日目に軽快退院。退院後1カ月にて創部は治癒し、排尿機能および性功能も含めて異常を認めていない。今回われわれは、陰茎・陰嚢絞扼症の1例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告した。

精索脂肪肉腫の 2 例：吉井貴彦，木下佳久，山中邦人（明石市民） 症例 1：75歳，男性。無痛性右鼠径部腫大を自覚し、当院初診。右鼠径部に 5 cm 大の腫瘍を認めた。CT で精索原発の腫瘍が疑われ、高位精巣摘除術を施行した。病理診断は脱分化型精索脂肪肉腫であった。症例 2：68歳，男性。無痛性左陰嚢腫脹を自覚していたが放置。徐々に増大傾向を認め、1年後当院初診。左陰嚢内に境界明瞭な 6 cm 大の腫瘍を認めた。CT，MRI で精索脂肪腫が疑われ、高位精巣摘除術を施行した。病理診断は高分化型精索脂肪肉腫であった。精索脂肪肉腫の 2 例を経験し、本邦報告 114 例について若干の文献的考察を加えて症例報告を行う。

両側精巣腫大をきたした悪性リンパ腫の 1 例：塩田晃司，中村晃和，本田俊一郎，加藤峰之，上田 崇，藤原敦子，内藤泰行，邵 仁

哲，沖原宏治，三木恒治（京都府立医大） 43歳，男性。20XX年2月に両側精巣の硬化・軽度腫大を自覚。精巣腫瘍を疑われ当科紹介受診。精巣は表面平滑・整、全体的に硬、自発痛・圧痛なし。腫瘍マーカーの有意な上昇は認めず、精巣超音波では、両側精巣に全体的に血流増加を認めるが明らかな腫瘍を認めなかった。MRI でも明らかな腫瘍を認めず、両側精巣に対称性びまん性病変を認めた。サルコイドーシスなど炎症性疾患を第一に疑うものの確定診断に至らず、両側精巣生検施行。病理組織学的診断は、びまん性大細胞型 B cell リンパ腫であった。リンパ節転移はなく、AnnArbor 分類では stage IE。現在 R-CHOP 療法 4 コース目の治療中。今後、メトトレキサートの髄内注射、両側精巣放射線照射を予定している。

集学的治療により CR を維持している Stage IIIB2 精巢 Embryonal carcinoma の 1 例：南 幸一郎，光野絢子，小村和正，上原博史，高原 健，平野 一，稲元輝生，能見勇人，東 治人（大阪医大） 28歳，男性。頸部リンパ節転移・肺転移・後腹膜転移を伴う左精巣腫瘍。精巣組織は embryonal carcinoma と leydig cell hyperplasia。BEP 4 クールと頸部リンパ節郭清・肺転移巣切除・腹腔鏡下後腹膜リンパ節郭清術を施行。現在 1 年半経過し再発を認めていない。

膀胱 Nephrogenic adenoma の 1 例：花咲 毅，白石裕介，中西裕佳子，楊 東益，東郷容和，田岡利宜也，鈴木 透，樋口喜英，兼松明弘，野島道生，山本新吾（兵庫医大），造住誠孝，廣田誠一（同病理） 症例は 61 歳，女性。58 歳時、生体腎移植ドナーにて左腎摘後である。2011 年 6 月にエコー、膀胱鏡で膀胱癌と診断され TURBT 施行。病理結果は UC，G2>G3，pTa であった。再発予防として BCG 膀胱内注入療法（イムシスト 81 mg）を計 8 回施行。同年 11 月に膀胱鏡にて後壁に広基性腫瘍、頸部に乳頭状腫瘍を認め膀胱癌の再発を疑い TURBT を施行した。病理では悪性所見を認めず、粘膜下の腺管形成および核内の Pax2 陽性より nephrogenic adenoma と診断した。術後 7 カ月を経過し再発を認めていない。Nephrogenic adenoma は尿路に発生する良性疾患である。原因として外傷、慢性感染、結石などがあるが、TURBT 後の BCG 膀胱内注入後に多い、再発の報告もあり、今後膀胱癌とともに注意が必要である。

気胸と腎細胞癌を発症した Birt-Hogg-Dube 症候群の 1 例：羽阪友宏，石井啓一，平山幸良，牧野哲也，北本興市郎，浅井利大，上川禎則，金 卓，坂本 亘，杉本俊門（大阪市医療セ） 29歳，女性。気胸の精査中、単発の左腎腫瘍を認め、腹腔鏡下左腎部分切除術を施行した。摘出標本の肉眼的所見は、最大径 28×25 mm、剖面は褐色調、充実性であり、顕微鏡的所見は、嫌色素性細胞癌・オンコサイトーマの特徴を有する混合型腫瘍であった。Birt-Hogg-Dube 症候群（以下 BHD）の 3 主徴は、fibrofolliculoma、肺嚢胞・気胸、腎細胞癌とされている。BHD の責任遺伝子として同定された FLCN 遺伝子では、多くの遺伝子異常の型が報告されており、3 主徴の発症率との関連を認めたとする報告もある。とりわけ、日本人での BHD の報告例では、皮膚症状が少ない傾向がある。本症例では遺伝子検査は施行していないが、肺嚢胞・気胸と、特徴的な病理像の腎細胞癌から、BHD と診断した。