

学会抄録

第161回 日本泌尿器科学会関西地方会

(1997年12月13日(土), 於 高槻現代劇場)

両側性腎動脈瘤の1例: 山本博文, 下垣博義, 井上隆朗, 島谷 昇 (関西労災) 症例は56歳, 女性。以前より, 高血圧を指摘されていた。1997年1月, 高度の肉眼的血尿が出現し, 当科紹介され受診し, 膀胱タンポナーデを認め, 入院となった。CT, 血管造影にて, 両側性の腎動脈瘤と診断した。右側は, 腎内に2個の紡錘状動脈瘤と1個の囊状動脈瘤を認めた。囊状動脈瘤は塞栓術の適応と考え, 紡錘状動脈瘤は, 治療適応外と考えた。この囊状動脈瘤は, 内腔の器質化が困難であり, 計3度の塞栓術を要した。左側は, 腎外に, 1個の囊状動脈瘤を認め, 不完全石灰化であったため, 開放手術の適応と考えた。手術は in situ での瘤切除血管形成術を施行した。病理結果は fibromuscular dysplasia であった。瘤の形態, 部位により, 塞栓術と開放手術を併用し両腎機能を温存できたのでこれを報告した。

8歳女児に施行した後腹膜鏡下低形成腎摘除術の1例: 関井謙一郎, 岡本大亮, 中山雅志, 室崎伸和, 吉岡俊昭, 板谷宏彬 (住友) 異所性尿管開口を伴った右低形成腎と診断された8歳の女児に, 後腹膜鏡下低形成腎摘除術を施行した。手術時間は3時間30分で, 術中・術後に合併症は認めなかった。小児でもバルーンで後腹膜腔を拡張することで, 十分な操作野が得られた。また, 経後腹膜アプローチのため, 5mm のスコープを含めて3つのポートで可能であった。術翌日には歩行・経口が開始となり, 術後3日目には退院可能となった。後腹膜鏡下低形成腎摘除術は侵襲もきわめて少なく, 尿管異所開口による尿失禁を伴った低形成腎治療の第一選択であると考えられる。

ペリニ管癌の1例: 杉本賢治, 辻 秀憲, 禰宜田正志, 永井信夫 (耳原総合), 能勢和宏 (近畿大) 70歳の女性。1997年5月前腹部痛のため当院内科を受診した。種々の画像診断の結果, 無血管性右腎細胞癌と診断し, 1997年7月に右腎腫瘍に対し根治的右腎摘除術を施行した。H-E 染色, EMA 染色, ケラチン染色の病理学的検査によりペリニ管癌乳頭状腺癌型, INFα, pT2, pV0 と診断された。上記に対し追加治療として腎盂腫瘍に準じて M-VAC を2クール施行した。術後5カ月を経過し再発, 転移はなく生存中であるが, 一般に予後不良の疾患であり厳重に経過観察を行っていく予定である。

Dynamic CT にて術前診断可能であった小腎癌の1例: 結縁敬治, 小野義春, 岡本雅之, 武中 篤, 藤井昭男 (兵庫県立成人病セ) 症例は74歳, 男性。通常の造影 CT では造影効果を認めない低吸収域として描出され, MRI, US にても診断のつかない右腎の1cm 大の腫瘍性病変に対し dynamic CT を施行, 腫瘍は早期相で部分的に低吸収域, 晩期相では低吸収域を示し, 経時的な CT 値の変化から腎細胞癌の可能性大と診断, 腫瘍核出術を施行した。病理診断で alveolar type, granular cell subtype の1cm 大の腎細胞癌であった。腎細胞癌の場合, 早期相で造影されるのは alveolar type の組織構築型が関係しているとの報告があり, 今回の症例も alveolar type であった。腎細胞癌が疑われる場合の造影 CT は早期相と晩期相の2相を撮影するかあるいは dynamic study を行うことにより, その診断の価値はより高まると考えられた。

組織学的に診断が困難であった右腰痛を主訴とした左腎癌の1例: 高尾典恭, 岡 裕也, 松本慶三, 井本 卓, 奥村秀弘 (天理よろづ相談所), 小橋陽一郎 (同研究所病理) 症例は35歳, 男性。1997年2月頃より持続する右腰痛を主訴として同年5月に近医を受診したが腹部超音波検査にて左腎に腫瘤を指摘され当科へ紹介された。腹部 CT で左腎に, 外側へ突出する径6cm 大の enhance を受けない low density な実質性腫瘍を認めた。骨シンチで右第11肋骨に異常集積を認めたが, 当院整形外科および胸部外科を受診したところ転移は否定的であった。以上より限局性左腎腫瘍の診断で6月13日に根治的左腎摘除術を施行。腫瘍は, 9×6×6cm 大で非常に硬く, 断面は黄白色髄様で肉眼的に腎癌というよりむしろ奇形腫様であった。病理組織学的には, HE 染色および免疫染色にて神経内分泌細胞への分化を伴った

低分化な上皮性腫瘍と診断した。腎癌取り扱い規約上, 分類不能で, われわれの調べ得た文献上でも同様の症例はなかった。

術後13年目に右腎転移をきたした右上顎癌 (adenoid cystic carcinoma) の1例: 武縄 淳, 小倉啓司 (洛和会音羽), 近藤守寛 (同腎臓内科), 櫻井義也, 水原寿夫 (同心臓血管外科), 川口晶子 (同内科), 渡邊千尋 (同病理) 症例は72歳, 男性。不明熱, 心不全, 腎不全にて1997年3月31日当院内科に緊急入院, 精査中 US にて偶然に右腎腫瘍を指摘された。既往歴として13年前に右上顎癌で右上顎全摘術, 7年前に僧帽弁形成術。感染性心内膜炎, 僧帽弁閉鎖不全症の診断で僧帽弁置換術施行, 腎不全に対しては血液透析導入を行い, 全身状態は改善した。6月5日右腎摘除術を施行, 病理組織所見で, 右上顎癌 adenoid cystic carcinoma の術後13年目の右腎転移と確定診断された。経過は順調で, 術後6ヵ月新たな再発, 転移を認めていない。若干の文献的考察を加えて報告する。

囊胞状変性を伴った腎 oncocytoma の1例: 今村亮一, 藤本雅哉, 目黒則男, 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45歳, 男性。1996年7月, 検診にて顕微鏡的血尿を指摘され, 腹部超音波検査, CT などを施行。右腎上極に壁肥厚を伴った囊胞性腫瘍を認め, 右腎腫瘍を疑われ当科を受診した。画像上右腎上極に直径3cm の囊胞性腫瘍およびその壁の不整像を認めた。造影効果に乏しく, 典型的でないものの腎細胞癌を疑い, 10月14日根治的右腎摘除術を施行。摘除標本では壁は一部暗褐色を呈し, 肥厚を認めた。囊胞内には茶褐色の液を認めた。病理診断は囊胞壁に上皮を認めない, 囊胞状変性を伴った oncocytoma であった。

診断に苦慮した腎血管筋脂肪腫の1例: 岡本大亮, 中山雅志, 室崎伸和, 関井謙一郎, 吉岡俊昭, 板谷宏彬 (住友) 症例は47歳, 女性。主訴は血尿。CT, MRI, 血管造影にて右腎腎門部から下極内側に腎と接して脂肪成分を認めない内部均一の腫瘍を認め右腎摘除術施行。摘除腎の断面では腫瘍は約5cm で, 腎門部より下極内側の Gerota 筋膜内に位置し, 色調は赤褐色, 腎実質とは被膜で隔絶されているように見え, 腎被膜より発生した腫瘍と推察された。病理組織診断結果は, 脂肪成分をほとんど認めない angiomyolipoma であった。腎実質との連続性に乏しく大部分が腎外に突出した発育様式を取り, また脂肪成分もほとんどなく画像診断上, 腎血管筋脂肪腫を考えた所見に乏しかったことで診断に難渋した症例であった。

ESWL 後解離性大動脈瘤破裂により死亡の転帰をとった1例: 畑中祐二, 能勢和宏, 山手貴詔, 厄崎直也, 梅川 徹, 栗田 孝 (近畿大) 70歳, 男性, 右側腹部痛を主訴に来院。既往歴に軽度高脂血症を指摘されるも経過観察。KUB, IVP にて右尿管結石, 左腎結石と診断され右尿管結石に対し ESWL を施行。最大衝撃波電圧70%, 衝撃波数は2,000発。ESWL 後2日目, 突然胸痛を訴えた。心電図および血液生化学上には異常を認めなかった。胸痛は持続し急激な血圧低下を認め蘇生処置の甲斐なく, 胸痛出現6時間後に死亡した。剖検の結果死因は解離性大動脈瘤破裂による失血死と判明。解離は上行大動脈から下行大動脈まで認め, 全体に動脈硬化を認めた。解離の初発部位は上行大動脈からのものと推測された。剖検所見より ESWL と解離性大動脈瘤破裂との関係は明らかではなかった。

結石を伴う腎盂憩室腫瘍の1例: 吉村耕治, 吉田浩士, 河瀬紀夫, 瀧 洋二 (公立豊岡) 66歳, 男性。1996年7月, 右側腹部痛および肉眼的血尿を主訴に当科受診。IVP や CT にて右腎盂憩室内に milk of calcium 像を呈する多数の小結石を認めたが, それと共に憩室内に腫瘍様の陰影も認め, また尿細胞診も陽性のため種々の検査にてその他の尿路からの腫瘍の可能性を否定した上で, 憩室内腫瘍を強く疑い右腎尿管全摘膀胱部分切除を施行した。病理診断は移行上皮癌,

G3であり、結石の成分は磷酸カルシウムと蓚酸カルシウムの混合であった。術後補助療法は施行しなかった。術後3カ月目に膀胱内に多発性の小腫瘍を再発したためTURを施行（病理にて移行上皮癌、G1, pTa）後、BCG膀胱内注入療法を施行し術後10カ月目の現在その他の再発を認めていない。腎盂憩室腫瘍は文献上本邦9例目だが、milk of calcium 結石を合併したのは本邦初であった。

診断の困難であった腎盂尿管腫瘍に対する尿管鏡下生検の有用性：大森孝平、井上幸治、西村一男（大阪赤十字） 従来、腎盂尿管腫瘍の診断は排泄性腎盂造影、逆行性腎盂造影、CT、MRIなどの画像診断や尿細胞診を組み合わせ間接的に診断することが一般的であった。しかし画像診断上悪性所見に乏しく尿細胞診陽性の症例や陰影欠損を認めるが、尿細胞診が陰性の症例など術前診断に苦慮する症例も少なくない。ストルツ社製7フレンチの細径硬性尿管鏡と3フレンチの生検鉗子を用い腎盂尿管腫瘍が疑われた8症例に尿管鏡検査を施行。生検の結果、2例に内視鏡下切除術、3例に腎尿管全摘術を施行、3例は悪性所見がなく経過観察とした。尿管鏡による上部尿路の観察と生検は、直視下に病変部をとらえられ、かつ少ない侵襲で病理検査を施行でき、臨床上有用と考えられた。

死体腎移植後に間質性肺炎を発症した1例：田原秀男、畑中祐二、西岡 伯、国方聖司、秋山隆弘、栗田 孝（近畿大） 症例は49歳、男性。1997年4月25日HLA 3マッチの56歳男性をドナーとし献腎移植を施行。初期免疫抑制はCsA・RS-61443・steroidの3剤併用とした。47日目にS-Cr 2.2 mg/dlで退院となる。退院10日目にS-Cr 3.2 mg/dlまで上昇し39度の熱発を認め再入院となった。胸部レ線にて両下肺野のスリガラス状陰影を認め、CMV アンチゲネミアでは陽性細胞108個を認めCMV感染症と診断した。肺炎像は増悪し人工呼吸器管理となった。メチルプレドニゾロン1,000 mg 3日間のパルス療法を2回施行し、肺炎像は消退し挿管後33日目で抜管となった。経過中免疫抑制剤はステロイド単剤であったが移植腎機能は最高S-Cr 5.2 mg/dlまで上昇し透析を2回施行、現在S-Cr 2.3 mg/dlと安定している。

タクロリムス使用症例における糖尿病発症例の予後：奥見雅由、児島康行、土岐清秀、市丸直嗣、高原史郎、小角幸人、奥山明彦（大阪大） 腎移植後の免疫抑制剤としてタクロリムスを使用した症例においては欧米の報告では20%近くに糖尿病が発症するといわれている。当施設での免疫抑制剤導入時の経口タクロリムス投与量は0.2 mg/kg/dayで、併用する免疫抑制剤はミゾリピン、プレドニゾロン、抗リンパ球グロブリンである。当施設ではタクロリムス投与量の減量指標を血中濃度および尿糖陽性としている。腎移植後のタクロリムス使用症例において、タクロリムス血中濃度および尿糖を指標としてタクロリムス投与量を減量した症例40例のうち、12例に糖尿病が発症したが、インスリン投与を必要としたのは4例であった。また、その4例中3例はタクロリムス減量によりインスリン離脱となった。

萎縮膀胱に対する回腸利用膀胱拡大術の3例：井上幸治、恵 謙、今村正明、西村昌則、大森孝平、西村一男（大阪赤十字） われわれは3例の萎縮膀胱に対して回腸利用膀胱拡大術を施行した。症例1は、頸髄損傷による痙攣性萎縮膀胱、症例2は慢性膀胱炎による萎縮膀胱、症例3は放射線性膀胱炎による萎縮膀胱であった。症例1, 2はGoodwin手術による回腸利用膀胱拡大術を施行し、膀胱容量の増大、膀胱コンプライアンスの改善、VURの消失をみた。症例3は、骨盤内の線維化が強く尿管を切除せざるを得なかったため、Studerのneobladderを参考に輸入脚を作成し回腸尿管吻合を行った。水腎症、膀胱コンプライアンスの改善を認めた。

Mainz pouch 術後ストーマ狭窄に対する腎ろうボタンの使用経験：松田久雄、上島成也、栗田 孝（近畿大）、今西正昭、門脇照雄（済生会富田） Mainz pouchを29例施行した。尿失禁防止機構は25例に漿膜筋層剝離重積法をおこなった。虫垂in situ embedding法は4例に施行した。ストーマは全例臍ストーマとした。このうち晩期合併症としてストーマ狭窄をきたした漿膜筋層剝離重積法2例、虫垂in situ embedding法3例に腎ろうボタンを使用した。腎ろうボタンは6~8 cmのシリコン製カテーテルに直径14.5 cm、厚さ0.5 cmのキャップを付けたものである。腎ろうボタンを装着することにより、導尿管難症は解消され患者のQOLの向上に有用であると考えら

れた。

動注化学療法と放射線療法の併用により病理組織学的に完全寛解が得られた浸潤性膀胱癌の1例：田中宣道、三馬省二、明山達哉、上甲政徳、岡島英五郎（県立奈良） 患者は75歳、女性。1990年に表在性膀胱腫瘍にてTUR-Btを施行。以後、6年間再発を認めず、1996年、肉眼的血尿が出現、諸検査により再発性浸潤性膀胱腫瘍（移行上皮癌、G3, T3bN0M0）と診断された。患者の年齢と腎機能障害を考慮して、皮下留置リザーバー使用による動注化学放射線併用療法を施行。CDDP 6 mg/日動注を併用して、膀胱部に50 Gy（2 Gy/日、週5回）を照射した。治療後の生検にて残存腫瘍が認められ、CDDP、THP-ADMによる動注化学療法を追加した。治療後の生検では残存腫瘍は認められなかった。以後外来にて少量のCDDP、THP-ADMによる動注化学療法を施行。半年後、腫瘍局所のTUR生検を施行。病理組織学的に完全寛解と判定した。治療中、重篤な副作用はみられなかった。

G-CSF産生膀胱腫瘍の1例：藤井孝祐、吉田直正、伊藤 聡、岩井謙仁（和泉市）、林 真二（長堀） 症例は80歳、男性。1992年近医にて血尿指摘され当科受診。TCC, G2T2, N0, M0にてM-VAC 1クール施行するもその後の治療を拒否。1995年10月肉眼的血尿をきたし来院、その後の腫瘍の直腸浸潤にて1996年1月腫瘍部に合計60 Gyの放射線照射を施行。6月20日腸穿孔をきたし、腸切除を施行したが、8月18日に死亡。初診時には末梢血中白血球数は6,400/mm³であったが、1995年10月には12,700/mm³と高値を示し放射線照射にて一時的に低下するも最高49,500/mm³まで上昇した。放射線療法半ばに測定した末梢血中G-CSF濃度は54 pg/mlと高値を示したが終了時には正常域に低下した。腸切除時の組織所見はSCCで抗G-CSFモノクローナル抗体を用いた免疫染色では陽性を示しG-CSF膀胱腫瘍と診断した。

膀胱 signet ring cell carcinoma の1例：小森和彦、児島康行、三宅 修、野々村祝夫、三木恒治、奥山明彦（大阪大）、高橋喬司（高橋クリニック） 症例は62歳、男性、肉眼的血尿を主訴に近医を受診し、膀胱腫瘍の診断にて当科を紹介された。MRIにて、膀胱頂部に径3 cmの腫瘍を認めたが、尿管腫瘍は否定的であった。当科入院となりTUR-Btを施行。病理診断はsignet ring cell carcinoma, pT1bであった。消化器系腫瘍の転移を疑い、CT、上部・下部消化管内視鏡などで精査したが特に異常を認めず、以後外来で経過観察となった。術後3カ月現在、再発などを認めていない。膀胱原発のsignet ring cell carcinomaの本邦報告例は自験例を含め48例あり、若干の文献的考察を加え報告した。

膀胱 Nephrogenic adenoma の3例：梶田洋一郎、水谷陽一、羽瀧友則、奥野 博、寺井章人、寛 善行、寺地敏郎、吉田 修（京都大） 症例1は29歳、男性。2歳時に右尿管狭窄に対して手術を受けている。右VURを指摘され、テフロン注入療法施行時、右側壁に乳頭状腫瘍を認め、TUR-Bt施行。病理組織診断はNephrogenic adenomaであった。症例2は72歳、女性。膀胱炎の診断にて約1年間抗生剤を投与されるも軽快せず、膀胱鏡にて後壁に膀胱腫瘍が認められ、当科紹介受診。生検によりNephrogenic adenomaと診断しTUR-Bt施行。症例3は75歳、男性。左腎盂腫瘍、両側尿管腫瘍の診断にて左腎尿管全摘除術、右尿管全摘除術、右回腸尿管置換術後、膿尿が続いていた。3年後、膀胱鏡にて後三角部に腫瘍が認められたため、TUR-Bt施行。病理組織診断はNephrogenic adenomaであった。膀胱Nephrogenic adenomaは比較的稀な良性の腫瘍で、本邦報告例は自験例を含めて22例である。膀胱内手術後や慢性膀胱炎罹患中に発生する腫瘍の鑑別診断の1つとして膀胱Nephrogenic adenomaは考慮すべき疾患であると思われた。

浸潤性膀胱腫瘍が疑われた炎症性腫瘍の3例：塚崎秀樹、賀本敏行、七里泰正、奥野 博、寺井章人、寛 善行、寺地敏郎、岡田裕作、吉田 修（京都大） 症例1は57歳、女性、主訴は下腹部腫瘍触知。症例2は63歳女性、症例3は70歳、男性、ともに排尿時痛を主訴とし当科受診した。尿細胞診はいずれも陰性であったが、画像診断上浸潤性膀胱腫瘍が疑われた。症例1は膀胱部分切除術を、症例2, 3はTUR-Btを施行したが、3症例とも組織学的にはgranulation tissueであった。今回われわれが経験した3症例はいずれも膀胱内の局

所に腫瘍性病変を形成し、浸潤性膀胱腫瘍との鑑別が問題となった。原因疾患として、症例1, 2は結腸憩室炎や嚥下性魚骨による膀胱周囲肉芽腫や、症例3は汎発性腹膜炎の既往があることから骨盤底の炎症の波及が原因と考えられたが、いずれも確定的な原因は同定できなかった。今後、膀胱の腫瘍性病変の鑑別に炎症性腫瘍の存在を十分考慮すべきと考えられた。

S状結腸膀胱瘻の1例：田 珠相，小林重行（高槻） 症例：53歳，男性。主訴は下腹部痛，糞尿，気尿。1997年6月頃から尿がたまると下腹部痛が出現するとの事で近医受診するも特に異常なしと診断。その後も症状の改善がみられないので当院受診。8月になって糞尿，気尿が出現したため8月11日当科入院となる。膀胱鏡検査，注腸造影，大腸ファイバーにてS状結腸憩室炎によるS状結腸膀胱瘻と診断。8月29日，全身麻酔下で手術施行，膀胱後壁から頂部にかけ成人拳大の腫瘍がありS状結腸と強固に癒着，術中に瘻孔を確認後，S状結腸部分切除および膀胱部分切除術を行なった。組織学的には，瘻孔部に線維化と炎症細胞の浸潤を高度に認めた。術後経過良好にて9月22日退院。

トラニラストが原因と考えられる難治性膀胱炎の1例：樋口喜英，中尾 篤，松本富美，善本哲郎，宮本 賀，野島道生，島 博基，森義則，生駒文彦（兵庫医大） 85歳，女性。主訴は排尿痛と頻尿。アレルギー性鼻炎で春，秋にルミオス®を内服。1997年4月初めに，排尿痛と高度の頻尿が出現，抗生剤で改善せず，膀胱腫瘍が疑われたため5月16日入院。膀胱鏡所見で右側壁，後壁に著明な粘膜の発赤，浮腫あり。膀胱生検で粘膜に好酸球を含む高度な細胞浸潤とリンパ濾胞の形成認めたが，悪性像はなかった。ルミオスがトラニラストの商品名と判明，これに起因する膀胱炎と診断。内服開始後約1カ月で症状が出現していた。トラニラスト内服中止とプレドニゾン投与により6日目に排尿痛消失し，約4カ月後に頻尿も消失した。トラニラストによる膀胱炎は副作用報告で326例が集計されており，服用中止で約80%が1カ月以内に治癒していた。

ループス膀胱炎の1例：平山暁秀，柏井浩希，河田陽一，平田直也，百瀬 均（星ヶ丘厚生年金），林 邦雄（同内科） 症例21歳，女性，17歳時SLEを発症。1996年12月より頻尿あり1997年1月当科受診した。初診時尿所見に異常なく，DIP，VCUGおよびUDSにて低コンプライアンス膀胱に伴う左水腎症および膀胱尿管逆流症（右grade 2，左grade 1）を認め，精査目的に1997年6月入院した。膀胱生検にて間質性膀胱炎を認めループス膀胱炎と診断した。PSL 60 mg/day，Mizoribine 150 mg/dayを用いて加療した。Total 3コース施行したが，各コースの薬剤量はWBCを指標として減量した。3コース終了時，膀胱コンプライアンスの改善，水腎尿管管症，膀胱尿管逆流症の消失を認めた。文献上ループス膀胱炎の治療の反応性は，PSLの量よりも治療開始時期に依存し，早期加療が必要であると考えられた。

恥骨々折時の骨片による膀胱異物の1例：鈴木淳史，曾根正典（日高総合） 73歳，女性。歩行中に転倒し両側恥骨および坐骨を骨折。肉眼的血尿のため1997年5月29日当科紹介。骨盤部CTで膀胱前腔に石灰化を伴う腫瘍を認め，膀胱鏡検査で前壁は全体に隆起，その頂部に潰瘍を形成していた。骨盤内腫瘍を疑い経皮的針生検を行うも確定診断を得られず，6月13日開放生検を施行。CTで認められた腫瘍は消失し，膀胱前腔は線維性の組織で占められていた。病理組織は悪性所見なく，肉芽を伴う線維性組織の中に壊死に陥った骨組織を認めたため，一連の変化は骨折によるものと判断した。経過観察中に膿尿が持続するため7月31日膀胱鏡を施行。膀胱内に黄白色，扁平な異物を認めた。また前壁の一部で憩室様に陥凹し，その中に糜爛した粘膜より突出する黄白色の異物を認め，いづれも経尿道的に摘出，その外観より骨片と判断した。摘出4カ月後膀胱内に新たな骨片は認めない。

臭化ジスチグミン（ウブレチド®）によるコリン作動性クリーゼを呈した1例：山中滋木，藤田一郎，三上 修，松田公志（関西医大），天野克也，中橋佳嗣，井上 泰一（同内科） 症例は78歳男性。頻尿および残尿感を訴え当科受診。軽度前立腺肥大を認めこれと神経因性膀胱をよる排尿障害が疑われたため，当日よりウブレチドとハイトラシンを各2錠分2で投与開始した。以後症状は改善傾向を認めたが，

投与4日目より縮瞳・流涙・徐脈・呼吸困難・意識障害などが出現した。極度の低ChE血症であったため，本病態がウブレチドによる副作用と判断し直ちに投与中止，硫酸アトロピン投与・新鮮凍結血漿輸血を行った。血漿交換も追加し一時的にChE値の上昇認めるも，再度血圧とともに低下し副作用症状発現後2日目に死亡した。ウブレチドの副作用は下痢・腹痛等の消化器症状が最も多く，コリン作動性クリーゼをきたした症例はこれまで自験例を含め11例報告されている。ウブレチド投与時はChE値の継続的測定および副作用症状の把握が必要で，クリーゼ発現時には投与中止・硫酸アトロピン投与・迅速な対症療法が求められる。

IIa型夜尿症における覚醒障害の検討：山尾 裕，早川隆啓，田中善之，納谷佳男，飯田明男，浮村 理，河内明宏，内田 陸，渡辺 決（京府医大） 膀胱内圧脳波終夜同時測定による夜尿症分類のIIa型夜尿症は深い睡眠のまま夜尿をしてしまう病型である。このIIa型夜尿症の原因を検討するために，夜間睡眠時の覚醒度検査と，覚醒時の脳波検査を行った。覚醒度検査ではIIa型はI型にくらべ覚醒度が有意に悪かった。IIb型はその中間程度であった。脳波検査ではIIa型でてんかん波の発現が他の2病型と比較し有意に多かった。以上の結果より，IIa型は，他の2病型と比較して，尿意刺激のみでなく他の刺激に対しても覚醒反応が悪く，覚醒機能自体の障害がその原因ではないかと思われた。またIIa型に脳波上てんかん波が有意に多く出現し，覚醒機能障害とてんかん波で表現される脳機能の障害が関連している可能性が示唆された。

腸腰筋膿瘍の1例：垣谷裕子，金澤利直，笠井慎司，田部 茂，柏原 昇（吹田市民），張本幸司（大阪市大） 症例は38歳，男性。発熱および右下腹部痛を主訴に来院。右股関節伸屈障害あり。血液検査は，著明な炎症所見を示した。腹部エコーにて，右腸腰筋部位に辺縁不整，内部不均一な低エコー域を認めた。また，腹部CTでは，腫大した右腸腰筋内に，辺縁不整なlow density areaを連続して骨盤部まで認めた。以上より右腸腰筋膿瘍と診断し，エコーガイド下経皮的ドレナージ術を施行。術後，症状の改善を認め，術後9カ月目の現在，再発は認めていない。本症例では，注腸，骨シンチ等にて異常を認めず，原発性と考えられ，起因菌はbacteroides fragilisであった。若干の文献的考察を加えて報告した。

後腹膜悪性線維性組織球腫の1例：井上貴博，岩村浩志，橋村孝幸（国立姫路），和田康雄（同外科），桂 栄孝（同病理） 73歳，女性。主訴は左側腹部痛。1997年7月強い左側腹部痛を自覚したため，前医受診。超音波検査にて左腎腫瘍が疑われたため，当科初診。CT，MRI，血管造影にて左腎を上方へ圧排する巨大な後腹膜腫瘍と診断した。8月14日経腹的に手術施行。左腎とともに腫瘍を摘出した。その際，大網，空腸腸間膜に複数の転移を認めたため，合併切除した。下行結腸の一部と腫瘍が強く癒着していたので，合併切除した。腫瘍の重さは800gであった。病理組織学的には通常型の悪性線維性組織球腫であった。術後mesna，epirubicin，ifosfamide，dacarbazine 4剤併用化学療法を1クール施行した。術後3カ月経つ現在再発を認めない。

後腹膜平滑筋肉腫の1例：丸山栄勲，東 治人，岩本勇作，瀬川直樹，坂元 武，右梅貴信，能見勇人，高崎 登，岡岡洋治（大阪医大） 症例は76歳，女性。左側腹部鈍痛を主訴に本学内科を受診，腹部エコー上水腎症を指摘され精査加療目的で当科入院となった。左RP，MR-urographyでは左尿管の屈曲，狭窄像を認めた。腹部造影CTでは内部不均一にエンハンスされる，腹部MRIでは腸腰筋と比べT1強調像で等信号，T2強調像で高信号な直径4cm大の腫瘍を認めた。以上より，後腹膜腫瘍の術前診断で腫瘍摘出術を施行した。術中所見では，腫瘍は尿管を取り巻く様に発育し，一部で左腸腰筋への浸潤を認めた。病理組織診断では，後腹膜平滑筋肉腫であった。現在術後4カ月を経過し再発，転移を認めていない。

後腹膜神経鞘腫の1例：藤本雅哉，今村亮一，目黒則男，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46歳，男性。主訴は後腹膜腫瘍精査（無症状）。1997年6月，人間ドックの腹部エコーにて右副腎腫瘍が疑われ当院に紹介された。腹部エコー，CT，MRIにて，右腎背側に腸腰筋に接して径約3cmの腫瘍を認め，後腹膜腫瘍と診断した。1997年6月23

日、右腰部斜切開にて腫瘍摘除術を施行した。病理組織診は、Antoni A 型の神経鞘腫であった。術後6カ月を経過した現在、再発を認めていない。後腹膜良性腫瘍では、神経鞘腫は3番目に多く、8.0%を占めている。症状は、1989年の報告では腹部腫瘤が58.9%を占めているが、1990年以降では52%が自験例のように無症状で発見されている。今後、画像診断の発達により偶然発見例が増加するものと思われる。

後腹膜神経鞘腫の1例：右梅實信，東 治人，岩本勇作，瀬川直樹，坂元 武。丸山栄勲，能見勇人，高崎 登，勝岡洋治（大阪医大） 症例は48歳女性。右季肋部痛を主訴に近医を受診し腹部CT上、右腎上方に約5×4 cmの円形で境界明瞭な腫瘤を指摘され、精査加療目的で当科入院。内分泌学的検査で異常認めず。腫瘍は、腹部エコーでhomogeneousなhypoechoic、腹部CTではlow density、MRIではT1強調像で低信号、T2強調像で高信号を呈していた。血管造影では右下副腎動脈に栄養されhyper vascularityを呈していた。以上より内分泌非活性の右副腎腫瘍の術前診断で腫瘍摘出術を施行した。術中所見では腫瘍は正常副腎を高度に圧排していたが、境界は明瞭で周囲組織との癒着は軽度であった。病理組織学的診断は、良性後腹膜神経鞘腫で術後6カ月を経過し再発、転移を認めていない。

膀胱後部平滑筋肉腫の1例：植村元秀，北村雅哉，辻村 晃，吉村一宏，古賀 実，三木恒治，奥山明彦（大阪大），時実昌泰（時実クリニック） 51歳，男性。1996年11月頃より肛門部痛が出現し、しだいに増強したため1997年5月時実クリニックを受診。画像検査で膀胱後部に約7 cm大の被膜を有した充実性腫瘍を認め、経直腸的腫瘍針生検術が施行された。平滑筋肉腫との診断で、同年7月当科へ紹介された。直腸診では前立腺部に鶏卵大の腫瘤を触知した。検査所見では異常を認めず、8月13日手術を施行。膀胱、前立腺との癒着はなく、経腹的、経会陰的に腫瘍を摘出した。腫瘍は表面平滑、6×5×6 cm、121 g、剖面は黄白色、やや硬で被膜に覆われていた。病理学的に膀胱後部平滑筋肉腫と診断された。患者は術後60日目に膀胱機能に異常を認めず、退院となった。自験例は膀胱後部平滑筋肉腫本邦第20例目と思われ、術式と予後につき考察を加えた。

膀胱後部平滑筋腫の1例：佐藤英一，松岡 徹，三浦秀信，本多正人，藤岡秀樹（大阪警察），有本洋子，大槻芳朗（同産婦人科） 41歳，女性。1995年より排尿困難を認め1997年6月当科受診。腔前壁に約6 cm大の表面平滑、圧痛のない弾性軟の腫瘤を触知。MRIにて膀胱後部に7×6 cm、内部やや不均一。境界明瞭でT2強調像にて筋肉よりやや高信号を呈する腫瘤を認めた。膀胱後部腫瘍が疑われ、経腔的腫瘍針生検術を施行。平滑筋腫と診断され経腔的腫瘍摘除術を施行。摘除標本は大きさ7×6×4 cm、重量109 g、剖面は充実性で黄白色を呈していた。最終病理診断も平滑筋腫であった。われわれが調べ得たかぎり本例は膀胱後部平滑筋腫本邦21例目にあたる。女性の報告例は少ないものの術前生検にて良性と診断された場合、経腔的摘除も考慮されてよいと考えられた。

子宮癌術後両側尿管狭窄に対するCamey I法を応用した両側尿管再建術：山田裕二，後藤紀洋彦，山中 望（神鋼），下垣博義（関西労災） 症例は44歳，女性。1997年4月子宮癌にて広汎子宮全摘術を施行。術後経過観察中の同年6月腰痛、発熱を生じてエコーにて両側水腎症を指摘され当科へ紹介された。両側にダブルJカテーテルを留置することにより症状は軽快したものの、カテーテル抜去にて同症状を繰り返すため両側尿管再建術目的で入院した。RPでは両側とも第5腰椎レベル以下に広範な狭窄を認めた。8月26日両側尿管再建術を施行。術中所見では狭窄部より上方までカテーテル留置による尿管周囲炎のため癒着が強く、可動性不良のためCamey I法に準じ60 cmの回腸をU字型に空置する両側尿管再建術を施行した。術後3カ月経過した現在、右水腎症を認めるものの症状は無く経過観察中である。

感染性尿膜管囊胞の2例：田代孝一郎，浅井利大，竹垣嘉訓，上川禎則，金 卓，坂本 亘，杉本俊門，早原信行（大阪総合医療セ） 症例1は45歳，男性。主訴は臍からの膿汁流出と下腹部痛。腹部エコー、CTにて感染性尿膜管囊胞と診断した。ただちに抗生剤投与を開始したが改善せず、腹膜への炎症の波及を危惧し尿膜管囊胞切除術および臍合併切除術を施行した。病理組織検査では炎症性肉芽腫であり、悪性所見は認めなかった。術後1年経過するが再発を認めない。

症例2は23歳，男性。主訴は下腹部痛。抗生剤の保存的治療にて軽快した後二期的に手術を予定していたが患者の拒否により手術を施行しなかった。現在1年6月経過するが再発を認めない。今後慎重に経過観察していく必要があると考えられた。

感染性尿膜管囊胞の1例：杉田省三，玉田 聡，池本慎一，杉村一誠，山本啓介，岸本武利（大阪市大） 症状および各種画像検査により比較的容易に診断された感染性尿膜管囊胞を経験した。症例は、28歳，男性。主訴は臍よりの排膿。現病歴は、1996年10月より臍から膿性分泌物の排出を認めた。近医にて抗生剤の投与を受けるも症状改善せず当科受診。症状、画像検査より感染性尿膜管囊胞と診断し、臍部を含めた尿膜管囊胞摘除術を施行した。以上の感染性尿膜管囊胞の1例を文献的考察を加えてここに報告する。

特異な病態を示した尿道損傷の1例：三橋 誠，仲谷達也，川嶋秀紀，韓 榮新，山本啓介，岸本武利（大阪市大），永原 篤（永原クリニック） 外傷により球部尿道粘膜に長軸方向への裂孔を形成したが、尿道海綿体は保たれており、そのため尿道粘膜と海綿体との間に憩室様変化をきたした。なお、その病態にて約2年間、症状の固定が見られていたと思われる、病態、経過ともに特異な1例を経験した。なお、主訴は残尿感、排尿時の陰茎腹部の膨隆ならびに会陰部の用手的圧迫による残尿の排出であった。当症例に対し、UCG、尿道鏡検査を行い確定診断した後に、膀胱瘻造設後に経会陰的に裂傷縫合術を行った。術後MCGを行ったところ、なお僅かながら縫合部より尿道外への造影剤の漏出が見られていたが、経過観察によってほぼ術前の諸症状の消失が見られた。

女性外尿道口部に発生した悪性リンパ腫の1例：好井基博，倉智まり子，長久裕史，趙 秀一，吉岡 優，藪元秀典，石橋道男，生駒文彦（兵庫医大），秋山喜久夫（秋山泌尿器科） 症例：52歳，女性。主訴：外尿道口腫瘍。現病歴：外尿道口部の腫瘍に気付き近医を受診。尿膜粘膜下腫瘍を疑われ当科を紹介された。cystoscopyにて、表面平滑な硬い充実性腫瘍が外尿道口部から外括約筋遠位部に認められた。また、やや遅れて無痛性の右頸部腫瘍も認め、生検にて、悪性リンパ腫が疑われた。尿道粘膜下腫瘍、悪性リンパ腫を疑い腫瘍切除術を施行した。摘出標本は弾性硬約2.5 cm大で、病理診断はLSG分類Non-Hodgkin's Lymphoma, diffuse large cell typeであった。現在化学療法を施行中であるが、頸部リンパ節の腫大も消失している。

尿道悪性黒色腫の1例：田中洋造，吉川元祥（岡波総合），吉井将人（奈良医大） 症例は83歳，女性。主訴は尿道出血。1995年4月、某院にて、カルンケルとして切除術を受け、悪性黒色腫と診断された。1995年7月、当科紹介初診。手術を拒否され、以後通院されなかった。1997年7月、尿閉で再診、尿道、膀胱に再発が認められ入院とした。手術の同意が得られ、1997年8月、尿道膀胱全摘、腔前壁切除術を施行した。術後化学療法をすすめるも、患者、家族の同意が得られず、術後1カ月で退院となったが、術後3カ月で全身倦怠感、食欲不振が出現し、CT検査で肺、肝、脳転移が認められた。症状は、急速に増悪し1997年12月、悪液質で死亡した。

神戸大学泌尿器科における入院および手術患者統計（1994年1月～1996年12月）：山中和樹，中野雄造，藤岡 一，郷司和男，岡田弘，荒川創一，守殿貞夫（神戸大） 神戸大学医学部付属病院泌尿器科における1994年1月から1996年12月までの入院患者を対象とし、入院および手術患者統計を行った。入院患者総数は885名で男性726名、女性159名、男女比は4.6:1であった。1995年は阪神淡路大震災のため患者数の減少を認めた。疾患群別には尿路器性悪性腫瘍が最も多く男性不妊症、尿路結石症がこれに続いていた。悪性腫瘍では、膀胱癌が最も多いがやや減少傾向を示す一方で、前立腺癌が増加傾向を示していた。なお、震災によるクラッシュシンドロームを4例認めた。総手術件数は891件で、うち内視鏡的手術は311件（34.9%）であった。膀胱の手術が最も多く、腎、尿管の手術がついでいた。前立腺全摘除術が増加傾向にあった。

鼠径部腫瘍で見つかったCastleman diseaseの1例：安 昌徳，小西 平，林田英資，吉貴達寛，朴 勺，岡田裕作（滋賀医大） 症例は39歳，男性。数年前より右鼠径部腫瘍に気付くも自覚症状なく放

置していた。1997年4月頃より時々圧痛があり、6月当科受診。右鼠径部に無痛性皮下結節を触知したが、その他の表在性リンパ節腫脹はなかった。CT、MRIにて右外腸骨動脈の内側にも2.0×1.5 cmの同様の腫瘍が見つかり、精査のため7月17日入院。7月23日局所麻酔にて右鼠径部腫瘍摘出術を施行。摘出標本は3.0×2.0×1.5 cm、重量10 g、断面は黄白色で境界明瞭な充実性腫瘍であった。病理組織診断はCastleman disease, hyaline-vascular typeである。術後、鼠径部に再発はなく、骨盤腔内腫瘍に対しては現在経過観察中であるが変化はない。鼠径部発生のCastleman diseaseは文献上、自験例が本邦22例目の報告である。

精細管内悪性胚細胞を伴ったセミノーマの1例：西畑雅也（和歌山医大） 39歳、男性。1年程前より、左陰囊内容の無痛性腫大あり、1997年8月22日に当科を受診。左精巣腫瘍の診断にて左高位精巣摘除術を施行した。摘除標本は20×10×8 cm、375 gで病理組織学的診断はセミノーマであり、精細管内悪性胚細胞が精細管の基底膜に沿って精細管を進展するPagetoid spreadとよばれる進展様式を認めた。傍大動脈リンパ節に2×3 cmのリンパ節転移を認めたため、臨床病期stage IIaと診断した。術後、化学療法（PEB regimen）を3クール施行し、リンパ節転移は、完全消失した。現在、精細管内悪性胚細胞は精巣のCISと同義語として用いられていることが多いが、germ cell tumorが精細管内に進展した一形態であるPagetoid spreadを包含するという認識が必要である。

同時性両側精巣腫瘍の1例：細川幸成、熊本廣実、北内誉敬、辻本賀洋、平尾佳彦（奈良医大）、**高島健次**（平尾） 22歳、男性。1997年6月より左陰囊内容の腫脹に気づき、2カ月後右陰囊内容の腫脹も出現したため、両側精巣腫瘍を疑われ当科へ紹介された。受診時、精巣は、腫大し、弾性硬で、圧痛は認めなかった。入院時、腫瘍マーカーは、LDH553、AFP 521.8、 β -HCG 2.04と高値であった。超音波断層検査、造影CTでは、左右とも、精巣は充実性に腫大しており、内部不均一な像を示した。以上より両側精巣腫瘍と診断し、1997年8月14日、腰椎麻酔下に両側高位精巣摘除術を施行した。病理組織では両側同組織型のmature teratomaとembryonal carcinomaのmixed typeと診断した。AFPは術後25日目、 β HCGは術後11日目に正常化した。しかし、顕微鏡的脈管浸潤が認められたため患者本人との相談の上、BEP療法を3 course 施行した。現在も再発の徴候は認められていない。

小児精巣上体炎の検討：森本康裕、島田憲次、細川尚三、東田章（大阪府立母子保健総合医療センター） 小児の精巣上体炎は稀な疾患ではなく小児急性陰囊症の鑑別では重要な疾患の1つである。当施設で尿路の評価を所得した小児精巣上体炎6例について、その診断、治療、病因について検討した。発症年齢は6カ月から8歳で1歳以下の症例が6例中4例で見られた。泌尿器科的異常は尿道下裂が3例に見られVCGでは半数で泌尿器科的異常がみられた。6例中5例で臨床所見と陰囊エコー所見から精巣上体炎の鑑別診断が可能であった。3例で抗生剤の投与のみであったが2症例で精巣上体の切除と1症例で陰囊の試験切開を施行した。尿道下裂が3例見られており、尿道狭窄や膀胱尿管逆流症などがVCGで見られるために尿路の評価は必要と思われる。

全身播種型非定型抗酸菌症による右精巣上体炎の1例：岩崎比良志、内藤泰行、落合厚、浦野俊一、野本剛史、沖原宏治、中川修一、小島宗門、渡辺 決（京都府医大） 症例は55歳、男性。主訴は右陰囊内無痛性腫瘍。AIDSの既往なし。1994年5月より肺炎を繰り返しており、この頃より右陰囊内腫瘍を自覚していた。1996年6月肺炎を再発、喀痰、肝、骨、骨髄より非定型抗酸菌Mycobacterium aviumが検出され全身播種型非定型抗酸菌症と診断された。1997年4月、陰囊内腫瘍が縮小しないため当科紹介、受診時右精巣上体に一致して可動性のある弾性軟、直径3 cmの無痛性腫瘍を認めた。陰囊穿刺にて得た内容液よりMycobacterium aviumが検出されたため全身播種型非定型抗酸菌症による右精巣上体炎との診断のもと当科入院、1997年9月1日右精巣上体摘除術を施行した。本症例は、明らかな基礎疾患のない成人男性に発症し、精巣上体にも播種を認めた稀な全身播種型非定型抗酸菌症の1例と思われたのでここに報告する。

陰茎平滑筋肉腫の1例：石村武志、和田義孝、倉橋俊史、後藤章暢、松井 隆、郷司和男、岡田 弘、荒川創一、守殿貞夫（神戸大）、**黒田直人、埴岡啓介**（同病理部）、**川井田徳之、福原 公**（福原泌尿器科） 症例は、63歳、男性。1996年1月、陰茎平滑筋肉腫の診断にて他院で陰茎部分切除術を施行された。1997年4月、左鼠径部に腫瘍を認め、当科紹介となった。両側鼠径リンパ節郭清術を施行し組織学的に左鼠径リンパ節に転移を認めたため、術後補助療法としてCYVADIC療法を2コース行った。術後7カ月を経過した現在、再発の兆候を認めない。陰茎原発の平滑筋肉腫は非常に稀で、われわれの調べ得たかぎりでは自験例を含め28例の報告をみるにすぎない。陰茎包皮に発生し転移性再発をきたした症例は、自験例が初めてである。

会陰部から外性器、鼠径部に拡がったフルニエ壊疽の1例：時実孝至、高寺博史、宮永武章、寺川知良（八尾徳洲会総合）、**村上 修、大森敏弘**（同外科）、**酒井 規、吉田益喜**（同形成外科） 43歳、男性。1997年5月26日、陰囊・会陰部の痛みと40.4°Cの発熱を主訴に来院。アルコール性肝障害と陰茎異物を認めた。初診時正常であった炎症反応、腎機能が翌日の入院時には著明に増悪。浮腫を伴う外性器皮下の炎症性病巣が急速に進行し、フルニエ壊疽と診断。疼痛に対して持続硬膜外麻酔を行い、抗生剤とグロブリンの投与、肛門周囲、臀部のデブリードマン、さらに後日、陰茎皮膚、左鼠径部の追加デブリードマンを行った。膀胱瘻も造設した。膿の検出菌はE. coli。広範な皮膚欠損の治療促進のため、入院28日目に、網状植皮術を行った。植皮術4週間後で、創部はほぼ被覆された。

フルニエ壊疽の3例：柏木秀夫（和歌山医大） 症例1、75歳、男性。基礎疾患として肝硬変、心不全を、発症原因としてバルーンカテーテルの異所留置を認めた。症例2、45歳、男性。基礎疾患として糖尿病を、発症原因として龟头包皮炎を認めた。症例3、83歳、男性。基礎疾患として糖尿病を、発症原因として淋菌性尿道炎後の尿道狭窄に生じた尿道炎を認めた。早急な外科的処置、強力な広域スペクトラムの抗菌剤投与、基礎疾患に対する適切な処置を含む全身管理を施行し、全例において良好な結果を得た。

特発性陰囊石灰沈着症の1例：野口智永、岡 聖次、世古宗仁、鄭則秀、佐藤英一、宮川 康、高野右嗣、高羽 津（国立大阪）、**河原邦光、竹田雅司、倉田明彦**（同病理） 患者は32歳、男性。主訴は陰囊多発性腫瘍。中学生時、陰囊のゴマ粒大腫瘍に気づくも放置。しかし徐々に腫瘍の増大・増加を自覚し当科受診。陰囊皮膚前面に小豆大から大豆大の黄白色腫瘍を10個触知。入院時検査所見では、血清Ca、P等に異常を認めず。陰囊皮膚腫瘍として、1997年5月19日腫瘍切除術を施行。病理組織像では真皮中層から深層にかけて囊様構造が認められ、その内部には石灰化がみられた。病理組織学的にCalcinosis cutisと診断。臨床症状および病理組織像より特発性陰囊石灰沈着症と診断。術後経過良好で、約7カ月経過するも再発を認めず。腫瘍の大きさ・個数の増大・増加の経過およびその期間を検討し、外科的切除について考察を加えた。

同側腎無形成を伴った精囊嚢胞の1例：松下 経、安井宣雄、田中 和弘、松本 修（県立加古川）、**梁間 真**（大阪鉄道） 患者は42歳男性。主訴は尿糖、蛋白尿の精査。IVP、超音波検査、CTおよびMRIより、左腎無形成および膀胱後部左側に3.7×4.5 cm大の嚢胞様腫瘍を認め、同側腎無形成を伴う精囊嚢胞と診断した。1996年6月5日、経会陰的嚢胞穿刺術を施行した。嚢胞内容液は黄褐色やや粘稠で、沈査にてRBC（-）、WBC（-）、精子（+）であった。細胞診はclass IIであった。同時に施行した造影検査では嚢胞は類円型辺縁整で、精囊、射精管および精管膨大部が造影された。針生検で悪性所見は認めなかった。精囊造影では嚢胞は精囊中央部より憩室状に突出するかたちで存在した。自験例では無症状であるため、診断のために行った嚢胞穿刺のみで充分と考え経過観察中である。1年6カ月の経過観察期間中、症状の出現はない。自験例は岩崎の分類上、異所性尿管瘤に相当するものと思われた。

精巣鞘膜腔内嚢胞の1例：坂野祐司（守山市民）、**金 哲将、朴 勺**（滋賀医大） 症例は、63歳、男性。主訴は、左陰囊内腫瘍。疼痛、増大は認めなかったが、精査目的にて受診。左陰囊内精巣部に、米粒大、表面平滑、弾性硬、無痛性腫瘍を3個触知したため、腫瘍切

除術を施行。腫瘤は精巣鞘膜壁側板に存在していた。病理組織学的には、4つの嚢胞構造がみられ、単層の扁平細胞が主体で、一部立方上皮にて覆われており、線毛が認められた。以上の所見より、精巣鞘膜壁側板より発生した精巣鞘膜腔内嚢胞と診断。精巣鞘膜腔内に発生する嚢胞は稀で、自験例は精巣鞘膜壁側板に発生した症例としては、本

邦10例目にあたる。自験例は、一部線毛を有する立方細胞が含まれており上皮組織由来と考えられ、手術時に精巣垂、精巣上体垂をそれぞれ認めたことより、中腎細管由来である精巣輸尿管、精巣傍体が嚢胞発生に関与していることが推測された。