

第210回日本泌尿器科学会関西地方会

(2010年 2 月 6 日 (土), 於 関西医科大学附属枚方病院)

乳癌の尿管転移の 1 例: 松村健太郎, 大町哲史, 呉 偉俊, 伊藤哲二 (ベルランド総合), 山崎圭一 (同外科), 山内道子 (同病理), 川嶋秀紀 (大阪市大) 62歳, 女性. 1995年に左乳癌に対し乳房温存術施行. 乳頭腺管癌, scirrhous carcinoma, t2, v0, ly0, f, n1α, N0, stage 2 であった. 術後化学療法, ホルモン療法を1997年まで施行. 2006年に画像上明らかな再発所見はないが, 腫瘍マーカーの上昇を認めたためホルモン治療が行われた. その後マーカーは低下したが, 2009年7月のCTにて右水腎症を指摘され当科紹介. 逆行性腎盂造影では, 下部尿管に約2cmの狭窄を認め, 尿管カテーテル尿はclass III であった. 右尿管腫瘍の診断にて, 右腎尿管全摘術を行ったところ, 病理所見は狭窄部の尿管壁全層に線維増生を伴って腺癌細胞の浸潤増殖を認めた. 免疫染色ではER陽性であり, 乳癌の尿管転移と考えられた. 乳癌の尿管転移は稀であり本症例は本邦9例目と思われた.

尿管腫瘍と鑑別が困難であった SLE 合併尿管アミロイドーシスの 1 例: 松下 経, 津村功志, 松原重治, 田口 功, 川端 岳 (関西労災) 55歳, 男性. 主訴は左側腹部痛. 既往歴として SLE に対して31歳時よりステロイドおよび免疫抑制剤を使用している. IVP, RP, CT, MRI. 尿管鏡検査にて明らかな悪性所見は得られないものの左尿管腫瘍が否定しきれないこと, 左腎実質が萎縮していることより後腹膜鏡下左腎尿管全摘除術を施行した. 病理診断はアミロイドA蛋白の沈着する反応性アミロイドーシスであった. 反応性アミロイドーシスは関節リウマチ, SLE, 結核などの炎症性疾患に合併し全身性にアミロイド物質が沈着することにより多彩な症状を来す予後不良の疾患である. 自験例では術後に胃粘膜生検, 心エコーを行いアミロイド沈着はみられなかった. SLE に対する治療を継続しながら5年以上経過観察しているが再発はみられていない.

巨大尿管に発生した尿管癌の 1 例: 大橋康人, 前田浩志, 羽間 稔 (淀川キリスト教), 橘真由美 (同病理) 74歳, 女性. 4年前尿路感染を繰り返すため前医受診. 両側巨大尿管症, 尿管膀胱移行部狭窄を認めたが手術は希望されなかった. 当院紹介半年後から肉眼的血尿が出現. 各種画像所見から巨大尿管に発生した右尿管癌と診断した. 2009年8月右腎尿管全摘術を施行. 3cmの乳頭状腫瘍の病理組織診断はUC, G2, pT1 であった. 成人の巨大尿管に発生した尿管癌の報告は稀で両者の因果関係は不明であるが慎重な経過観察が必要と考えられた.

尿管癌根治術後, 直腸輪状狭窄を来した 1 例: 原田健一, 阪本祐一, 中村一郎 (神戸医療セ西市民) 64歳, 男性. 左下部尿管癌にて腎尿管全摘後 (UC, G3, pT3, pN2), 補助抗癌化学療法としてMVACを3コース施行した. 術後約1年で腎門部リンパ節転移による右水腎症が出現したため尿管カテーテルを留置し, カルボプラチン+ドセタキセルによる抗癌化学療法を施行した. 化学療法開始1カ月で嘔吐, 排便困難, 下痢が出現し, CTで直腸の全周性肥厚を認めた. 直腸内視鏡検査では浮腫状粘膜変化を認めるのみであり生検は施行しなかった. 人工肛門を造設後, 抗癌化学療法としてGC療法を施行し, 12カ月SDであった(計11コース施行). 文献上尿路上皮癌根治術後に直腸狭窄を来した症例の報告は少なく, いずれも予後不良であるが, 本症例はGC療法が奏功し, 比較的長期生存を認めている.

嚢胞性尿管炎の 1 例: 川端和史, 河 源, 大口尚基, 木下秀文, 松田公志 (関西医大枚方) 43歳, 女性. 既往歴には左VURにて逆流防止術, 尿管結石, 腎盂腎炎を認めている. 2009年3月, 肉眼的血尿を主訴に当科を受診. DIP, RPを施行し, 左上部から中部尿管にかけて粟粒大から小豆大の多数の陰影欠損を認めた. 尿管鏡検査では尿管内には嚢胞が多発しており, 生検の病理結果では嚢胞内には好酸性のコロイド状物質を認め周囲にはリンパ球の浸潤を伴う慢性炎症所見が認められ嚢胞性尿管炎と診断された. 本症例は基本的には良性疾患であるが尿路悪性腫瘍を合併した例も認められており尿細胞診や尿路画像所見だけでは確定診断はつけられず, 尿管鏡による生検が必要と考えられ, 定期的な経過観察が重要と思われた. 本例は本邦77例目で

あった.

トラニラストによる好酸球形膀胱炎の 3 例: 野村広徳, 竹垣嘉訓, 飯盛宏記 (八尾徳州会) 症例1は67歳, 女性. 慢性痒疹にて2007年10月30日よりトラニラスト内服開始. 2008年11月中旬より頻尿, 排尿時痛を主訴に11月25日当科初診. 膀胱生検にて好酸球形膀胱炎と診断. 症例2は78歳, 男性. 上行結腸癌術後経過観察中, 下腿のかゆみに対し, 2003年11月5日よりトラニラスト内服開始. 2008年10月14日頻尿, 残尿感を主訴に当科初診. 膀胱生検にて好酸球形膀胱炎と診断. 症例3は17歳, 女性. 2008年12月26日顔面裂創にて当院ER受診. 瘢痕形成予防にて2009年2月3日よりトラニラスト内服開始. 2009年3月10日頻尿, 排尿時痛を主訴に当科初診. いずれの症例もトラニラスト内服中止にて症状は改善した. 若干の文献的考察も含め, 報告した.

GP療法が奏効した転移性尿路上皮癌の 1 例: 吉川元清, 高田聡, 細川幸成, 林 美樹 (多根総合), 藤本清秀, 平尾佳彦 (奈良医大) 83歳, 女性. 左尿管癌(cT3N0M0)に対し, 腎尿管全摘を施行し, 病理結果はUC, G3, pT2であった. 術後6カ月目のCT検査で背部皮下, リンパ節に転移を認めた. 腎機能低値および高齢であることから, 1st lineの化学療法としてGP療法(Gemcitabine 1,000 mg/m², day 1, 15, Paclitaxel 110 mg/m², day 1, 15)を2コース施行. 効果判定はPRであった. Maintenance therapyとして, Gem 1,000 mg/bodyを28日ごとに投与し, 化学療法開始12カ月目時点で効果判定はSDである.

小細胞癌, 扁平上皮癌, 移行上皮癌の混合型組織像を認めた膀胱癌の 1 例: 奥田康登, 足立浩幸, 田原秀男 (耳原総合) 78歳, 女性. 主訴は頻尿, 排尿時痛. 2009年6月, 難治性膀胱炎の診断で, 当科紹介受診. 膀胱鏡で, 右側壁, 頂部に石灰化を伴う広基性非乳頭状腫瘍を認め, MRIで筋層浸潤を疑われた. 7月8日, TUR-Bt施行. 病理診断において, 右側壁腫瘍からT2以上の小細胞癌を認め, 一部にgrade 2~3の移行上皮癌を認めた. また, 頂部腫瘍から, 浸潤性の小細胞癌を認め, 一部に扁平上皮癌を認めた. 画像検査の結果と併せてpT2以上N0M0と診断し, 9月2日, 膀胱全摘除術, 回腸導管造設術施行. 摘出標本の病理所見は筋層浸潤表層まで達したTCCを認めたが, 小細胞癌組織は認めなかった. 術後7カ月を経過しているが, 再発, 転移の所見を認めず, 経過良好である.

骨盤臓器脱手術後, 症状が軽減した間質性膀胱炎の 1 例: 高比優子, 木内 寛, 木村俊夫, 市丸直嗣 (大阪中央) 76歳, 女性. 10年来的頻尿, 蓄尿時の下腹部痛を主訴に当科受診. 下腹部痛は蓄尿時に増悪し, 排尿後に軽減すると訴えた. 排尿回数25回/日, 1回排尿量50~150 ml. 膀胱鏡で後壁に潰瘍を認め, 排水にて潰瘍からの出血を認めた. 以上より, 間質性膀胱炎と診断し, 内服治療を開始したが, 症状の改善は認められなかった. 通院中, 患者は膣からの腫瘍脱出時に痛みが増悪すると訴え, 内診, 鎖膀胱造影で膀胱瘤の合併を確認した. 膀胱瘤に対しペッサリーを挿入したところ蓄尿時の下腹部痛が著明に改善したため, 患者は骨盤臓器脱手術を希望しTVM手術を施行した. 術後も蓄尿時の疼痛は消失したままで, 1回排尿量は200 mlと増加し, 頻尿の改善を認めた. 術後18カ月現在, 蓄尿時の下腹部痛は消失しており, 症状再燃を認めていない.

術中カテコラミン心筋症を発症した膀胱褐色細胞腫の 1 例: 加藤実, 谷本義明, 町田裕一, 岩井謙仁 (和泉市立) 84歳, 女性. 既往歴に特記すべきことなし. エコーで膀胱腫瘍を指摘され当科紹介受診. 膀胱鏡にて正常粘膜に覆われた血管増生の豊富な非乳頭状腫瘍を認め, 精査加療目的に腰椎麻酔下にTUR-BTを施行. 術中異常高血圧を認めたため心エコーを施行したところ心尖部の無収縮を認め, カテコラミン心筋症が疑われた. 術直後の血液検査でノルアドレナリン2,996 pg/mlと上昇を認めた. 術後循環動態, 血糖値は安定しており, 保存的加療のみで心機能は合併症なく改善した. 病理組織は褐色細胞腫であった. 術後¹³¹I-MIBGシンチで異常集積を認めず, 血中

尿中カテコラミン濃度も正常範囲内であった。TUR-BT 後に追加治療を行うことなく、術後約1年半、無再発生存中である。

膀胱原発粘液腺癌の1例：三浦徹也，玉田 博，山田裕二，濱見学（県立尼崎） 70歳，男性。高血圧にて前医加療中，血清 Cr 値の上昇，エコー上両側水腎症を認めたため，精査加療目的で紹介受診となった。CT，MRI にて膀胱頸部から前立腺にかけての腫瘍性病変を認めた。PSA 3.37 ng/ml と正常範囲内であったが，CEA 56.7 ng/ml と高値であった。両側腎瘻造設後，TUR-BT+前立腺生検施行。膀胱原発粘液腺癌，前立腺浸潤との病理結果のもと，根治的膀胱全摘術施行。病理組織は膀胱原発粘液腺癌 pT4 (prostate)，pN1 (右閉鎖) u-r0, u-l0, u-r1, e-w1, l-y1, v0 の結果であった。膀胱原発腺癌に対する有効な術後補助療法は確立されていないが，海外の報告では術後放射線療法の有用性が報告されており，本症例に対しても施行を考えたが，患者の意向により術後補助療法なしでの経過観察となった。術後4カ月時点では再発，転移を認めていない。

膀胱癌肝転移に対しラジオ波焼灼術が奏功した1例：金川紘司，佐々木有見子，倉本朋未，森 喬史，児玉芳季，藤井令央奈，南方良仁，松村永秀，柑本康夫，稲垣 武，原 勲（和歌山医大） 47歳，男性。2003年4月，膀胱癌前立腺浸潤に対し膀胱尿道全摘除術，回腸導管造設術および術後 GC 療法を施行した。2007年2月，左腸骨リンパ節領域の再発に対し腫瘍摘除術と放射線療法を施行した。2007年5月，単発の2.4 cm 大の肝転移が出現したため，患者の希望によりラジオ波焼灼術（RFA）を行った。初回 RFA の3，6，12カ月後に肝転移の再発が認められ，計4回の RFA を施行したが，最終治療日から18カ月間再発を認めていない。転移性膀胱癌に対する標準的治療は全身化学療法であるが，RFA による局所療法のみで良好な経過が得られている症例を経験したため，文献の考察を加え報告した。

限局性膀胱アミロイドーシスの1例：松ヶ角 透，鴨井和実，針貝俊治，木村泰典，平原直樹，邵 仁哲，河内明宏，三木恒治（京府医大） 76歳，男性。前医にて膀胱癌を否定されるも約2年間，間歇的血尿が持続するため当院紹介受診。膀胱鏡で三角部と後壁を中心に出血を伴う隆起性病変が認められた。尿細胞診は陰性，CT 検査で上部尿路に異常は認められなかった。TUR 生検の結果，Congo-Red 染色にて赤橙色を示し，偏光顕微鏡にて複偏光性を示すアミロイド蛋白が認められ，免疫染色の結果 AL 型と判定された。全身のアミロイドーシス関連疾患検索を行ったが異常所見は認められず，限局性膀胱アミロイドーシスと診断した。50% DMSO による経皮的吸収療法（ODT 法）を開始し2カ月後に行った膀胱鏡で，三角部から後壁にかけての病変は著明に改善していたが，頂部から前壁にかけて新たな易出血性の隆起性病変が認められた。文献の考察から TUR と DMSO の併用療法も有用とされており，新病変に対して TUR による追加治療を検討している。

膀胱全摘除術，Indiana pouch 造設術後8年目に発生した両側尿管腫瘍の1例：山本致之，上田倫央，川村憲彦，氏家 剛，任 幹夫，西村健作，三好 進（大阪労災），川野 潔（同病理） 46歳，男性。2001年膀胱癌に対し膀胱全摘除術，Indiana pouch 造設術を施行。病理組織診断は UC，G2，pT2N0M0 であり，経過観察となった。2009年6月に他院にて両側水腎症を指摘され当科入院となった。尿細胞診は陰性。両側腎瘻を造設し，造影検査にて両側尿管腫瘍を疑った。順行性尿管鏡検査を施行し，右尿管内に乳頭状腫瘍を認めた。左尿管にも同様に腫瘍が存在する可能性が高いと判断した。両側尿管腫瘍と診断し両側尿管部分切除術を施行し，両側腎瘻状態とした。病理組織診断は，右尿管腫瘍は UC，G2>G1，pTa で，左は UC，G2=G1，pTa であった。現在，術後5カ月目で再発を認めていない。

多発転移を伴う進行性腎癌に対してスニチニブを含む集学的治療が著効した1例：奥田英伸，高山仁志，斎藤 純，薦原宏一，矢澤浩治，野々村祝夫，奥山明彦（大阪大），江口英利，永野浩昭（同消化器外科） 60歳，女性。1年前より上腹部に腫瘤を自覚するも放置。数日前より全身倦怠感を自覚し，近医受診。精査で左腎癌・転移性肝・脾腫瘍を指摘され当科紹介，加療目的で入院。スニチニブを2コース投与したところ，腫瘍は縮小し，手術による根治切除可能と考えられたため，根治的左腎摘除術・脾頭十二指腸切除・肝部分切除術を施行。病理組織は clear cell carcinoma，G2>G3 であった。術後肝

に再発を疑わせる小腫瘍を認めたためスニチニブを再開。2コース終了後に腫瘍は消失。進行性腎癌に対してスニチニブによる Neoadjuvant therapy と手術を併用した治療法はより高い根治性が期待できると思われた。

両側気腫性腎盂腎炎から DIC および多発膿瘍形成を来した1例：仲島義治，堤 尚史，川西博晃，岩村浩志，光森健二，西村一男（大阪赤十字） 42歳，男性。2007年1月13日，両側気腫性腎盂腎炎の治療目的に他院より転院。入院時 DIC 状態であり，右腸腰筋，前立腺に膿瘍形成を認めた。当初抗菌薬投与による治療のみ開始したが，その後左眼に転移性眼内炎を来とし，左眼は失明した。抗菌薬治療開始後も全身状態の改善を認めなかったため，2007年1月23日右腎および左眼摘出，右腸腰筋膿瘍ドレナージ術施行。さらに同年1月31日経会陰的前立腺ドレナージ術施行。術後炎症反応は正常化し，全身状態は改善。2007年5月12日退院となった。両側気腫性腎盂腎炎は時に致命的な経過を辿るが，抗菌薬投与に加え外科的治療を組み合わせた集学的な治療により救命率の向上が期待できる。また尿路感染を機に転移性眼内炎を来す報告が散見されており，注意を要すると考えられた。

ソラフェニブにより重症型多形紅斑を来した腎細胞癌の1例：松本吉弘，熊本廣実，明山達哉（岡波） 74歳，女性。腹部 CT で左腎細胞癌を疑われ当院内科より紹介受診。経腹的左根治的腎摘除術を施行，病理診断は clear cell carcinoma，G2>G3，pT2N0M0 であった。術後7カ月の CT で下行結腸腫瘍を指摘され，下行結腸切除，人工肛門造設術を施行された。病理診断で腎癌下行結腸転移と診断された。術後11カ月の CT で多発肝転移を認め，ソラフェニブ投与を開始した。投与11日目より高熱とともに全身性発疹，皮膚潰瘍，口内炎が出現し，重症型多形紅斑と診断された。ステロイドパルス療法を行い，全身状態は改善した。患者は術後18カ月で癌死された。重症型多形紅斑は Stevens-Johnson 症候群などの重篤な薬疹との鑑別が困難なことがあり，疑われた場合には躊躇なく全身的治療を行うことが必要と考えられた。

腎腫瘍との鑑別が困難であった EB ウイルス関連リンパ増殖性疾患の1例：千菊敦士，村上 薫，岡所広祐，澤田篤郎，柴崎 昇，奥村和弘（天理よろづ） 83歳，男性。特記すべき既往歴なし。他科でフォロー中，CT にて偶然，左腎に淡い造影効果をもつ約2 cm の腫瘍を認め受診。転移性腎腫瘍や悪性リンパ腫の可能性も考え FDG-PET を施行し同腫瘍に集積を認めたが，他の部位に集積なし。4カ月前の CT にて同腫瘍は2 mm 程度であり，急速に増大することから腎悪性腫瘍の診断で腹腔鏡下左腎摘除術を施行した。病理は小リンパ球や組織球を背景に少数ながら大型細胞が散見され，それらは EBER-ISH 陽性であった。臨床的に明らかな免疫不全状態は認められず，高齢化に伴う免疫不全状態を背景に発症したと考えられる加齢関連 EBV 陽性リンパ増殖性疾患と診断した。腎に限局した症例の報告は本邦で初となる。

膀胱小細胞癌多発性肝転移に対し動注 IP (CPT-11+CDDP) 療法を施行した1例：中嶋正和，佐野剛規，七里泰正（大津市民） 65歳，男性。主訴は尿潜血。膀胱内に乳頭状広基性腫瘍認め，TUR-BT 施行。内分泌腫瘍への分化を認める浸潤性膀胱癌，UC，G3 と診断。膀胱全摘除および回腸導管造設術施行し，病理組織診断は小細胞癌優位であった（pT3b，pN0）。Adjuvant GC 療法3コース後，4カ月目に画像上肝のみに多発性転移を認めた。肝動注 IP 療法（CPT-11 40 mg/body，CDDP 50 mg/body，2週毎）を施行し PR を認め，さらに現在8コース目で PR 持続している。副作用としては下痢などの消化器症状を認めず，また骨髄抑制も軽度で血小板輸血や G-CSF の投与は不要であった。5年生存率8%程度と予後不良な膀胱小細胞癌で，全身 GC 療法で制御できなかった肝転移に対して，本動注 IP 療法は，通院治療と少ない副作用で施行かつ効果が期待できる選択肢の1つになりえると考ええる。

急性心不全を契機に診断された副腎外褐色細胞腫の1例：倉本朋未，金川紘司，佐々木有見子，森 喬史，児玉芳季，南方良仁，藤井令央奈，松村永秀，柑本康夫，稲垣 武，原 勲（和歌山医大） 症例は29歳，女性。海外渡航時に急性心・呼吸不全となり気管挿管された（翌日抜管）。心エコー上心尖部を中心とした壁運動異常を認め

た。帰国後精査し、尿中カテコラミン高値、 ^{131}I -MIBG シンチで左後腹膜に集積あり副腎外褐色細胞腫と診断。腹腔鏡下（経腹膜的）腫瘍摘出術を施行した。組織学的所見では中心部で広範な壊死が見られ、周囲脂肪織への浸潤、脈管浸潤も認めた。また免疫染色では chromogranin A 陽性、Ki-67 陽性率は1%と低値であった。術後経過は良好で、尿中カテコラミンは正常範囲に低下した。組織学的所見より悪性の potential を有しており、今後厳重な経過観察を行っていく予定である。

左鎖骨上窩リンパ節転移を契機に発見され、GC 療法が著効した腎盂腫瘍の1例：松崎恭介、武田 健、吉田栄宏、新井康之、垣本健一、小野 豊、西村和郎、宇佐美道之（大阪成人病セ） 59歳、女性。左鎖骨上窩リンパ節腫大を自覚し近医を受診。胃・大腸内視鏡検査では所見なく、リンパ節生検の結果は腺癌の転移との報告であった。腫瘍マーカー高値（CA19-9 2,437 U/ml, CEA 11.5 ng/ml）を認め、原発不明癌の診断で当院紹介受診。CT 上右腎に腫瘍を認め、原発巣として右腎盂癌または右腎ペリニ管癌 cT3N2M1 が疑われた。GC 療法（変法）を5コース施行し、マーカーは正常化し、画像上 CR となった。29カ月後に右尿管再発をきたし、右腎尿管全摘除術＋後腹膜リンパ節郭清を施行。病理診断は UC であり、傍大静脈リンパ節、右閉鎖リンパ節転移を認めた。pT3N2 の診断であり、現在術後化学療法として GC 療法施行中である。

剖検にて判明した腎細胞癌の多発転移：中濱智則、三宅牧人、富岡厚志、永吉純一、吉田宏二郎、仲川嘉紀（大和高田市民） 78歳、男性。38歳の発熱、倦怠感のため近医にて抗生剤を処方されるも改善しなかったため、精査目的に当院入院となった。血液検査にて著明な炎症所見は認められたが、胸腹部 CT、上部消化管内視鏡、心エコーなどでは異常所見は認めなかった。骨シンチ、PET において多発の集積像を認めたため、同部位から骨髄穿刺施行し、腎細胞癌の骨転移が疑われた。薬物治療を勧めたが積極的な治療は希望せず、緩和療法のみを施行し、第118病日に死亡された。病理解剖では左腎に径 5 mm の腎細胞癌（淡明細胞癌）があり、左右肺、肝臓、左右副腎、脾臓、骨に転移を認めた。剖検にて確定診断した原発不確定癌であった。小径腎細胞癌でも、多発転移することがあるため、適切な時期での治療が必要であると考えられた。

迷入メッシュを核としたマインツパウチ内結石の1例：真殿佳吾、大年太陽、小林憲市、桃原実大、今村亮一、高田晋吾、松宮清美（大阪警察）、藤岡秀樹（野崎徳洲会） 80歳、女性。60歳時に他院にて膀胱癌に対して膀胱全摘除術、マインツパウチ造設術を施行。術後に腹壁癒痕ヘルニアを合併し、メッシュによるヘルニア修復術を施行。現在、再発・転移を認めず、前医にて自己導尿管理中、血糖尿を認め、マインツパウチ内結石と診断された。2009年3月、加療目的にて当科紹介。結石は多数でマインツパウチ内を充満していた。保存的加療を開始するも効果なく、同年6月、リソクラストによる結石破碎術を施行。破碎を開始したところ、結石内部より人工物を認め、腹壁癒痕ヘルニア修復術の際に使用されたメッシュと考えられた。メッシュはパウチ壁に付着していたが、TUR により切除し、結石をすべて除去した。

Nutcracker 現象に対し自家腎移植を施行した1例：竹澤健太郎、中澤成晃、米田 傑、谷川 剛、藤田和利、奥見雅由、細見昌弘、山口誓司（大阪府立急性期医療セ） 31歳、男性。1年前から左腰背部痛と血尿を自覚していた。2009年6月、突然の左下腹部痛と同時に左陰嚢腫脹が出現。陰嚢腫脹が持続するため同年7月、当科受診。左陰嚢腫脹と左鼠径部に圧痛を認めた。左尿管口からの血尿流出、SMA と Aorta に挟み込まれた左腎静脈、発達した側副血管、腫大した左精索を認めた。左陰嚢内容は精索周囲に液体成分貯留を認めたが精索には異常を認めなかった。Nutcracker 現象に伴う左精索静脈瘤自然破裂と診断。治療を要する nutcracker 現象と考え自家腎移植を施行した。左腎を後腹膜鏡下に摘出し、左腸骨窩に移植した。術後経過は良好で術後6カ月現在、症状は軽快し左腎機能も良好である。

精嚢乳頭状嚢胞腺腫の1例：初鹿野俊輔、鳥本一匡、影林頼明、三馬省二（県立奈良） 71歳、男性。PSA 4.6 ng/ml と高値精査のため受診。直腸診で精嚢部に弾性軟の腫瘤を触知した。前立腺は母指頭大・弾性硬。排尿症状は認めなかった。血液生化学検査・尿検査は異

常を認めず、CT・エコー・MRI を施行。MRI で最も内部構造が明瞭に描出された。MRI 上、前立腺頭側・膀胱背面に約 4 cm 大の境界明瞭な正円形の高房性嚢胞性腫瘍を認め、腫瘍内部の多くは T1 低信号、T2 高信号を示す嚢胞が占め、一部には T1、T2 とも高信号を呈する出血性嚢胞を認めた。また T1、T2 とも等信号を呈し、緩徐な造影効果を認める充実性部分が存在し、悪性腫瘍の可能性が考えられた。腫瘍・前立腺精嚢全摘術を施行。病理診断は左精嚢由来の乳頭状嚢胞性腺腫であった。精嚢良性腫瘍は非常に稀であり、術前検査で最も有用であった MRI でも悪性腫瘍を否定できず、外科的加療を要した。

Sunitinib が奏功したペリニ管癌の1例：桑原 元、原口貴裕、中野雄造、三宅秀明、田中一志、武中 篤、藤澤正人（神戸大） 53歳、女性。他院で左腎腫瘍、多発肺、骨、腎門部リンパ節転移認め、2008年2月18日精査加療目的で当科紹介受診となった。根治的左腎摘除術施行した。病理組織診断はペリニ管癌 pT3bN2M1 の結果であった。術後、転移病巣に対し sunitinib による分子標的治療を開始した。評価病変として左肋骨は sunitinib 1 コース内服後には著明な腫瘍縮小が認められた。また肺は3コース内服後辺りから腫瘍縮小が認められ、PR と診断した。4コース内服終了時まで増大傾向を認めなかった。しかしながら sunitinib 4 コース内服後、腰痛の増強を認め、脊椎 MRI で評価を行ったところ脊椎転移の増悪が認められた。その後 sorafenib に変更し治療を継続したが、1コース内服後の CT で多発肝転移が出現し治療を中止した。治療開始後9カ月で死亡した。

術前診断が困難であった骨盤内セミノーマの1例：堀越幹人、井上貴昭、滝澤奈恵、福井勝也、駒井資弘、中川雅之、川端和史、大口尚基、河 源、木下秀文、松田公志（関西医科大学）、田所知佳、坂井田紀子（同病理）、三島崇生、岡田卓也（済生会野江） 45歳、男性。2009年4月無尿を主訴として近医受診。両側水腎症、急性腎後性腎不全のため右腎瘻造設。腹部 CT 上、小骨盤腔内を占拠する 15 cm 大の腫瘍を認めた。経直腸腫瘍生検施行、poorly differentiated carcinoma と診断され加療目的に当院紹介。腫瘍は骨盤内に限局し、明らかな遠隔転移は認めず。2009年6月骨盤内臓全摘除、恥骨離断、回腸導管、人工肛門造設術施行。摘出標本は直径 12 cm、弾力のある剖面灰白色を呈する均一な充実性腫瘤。腫瘍は前立腺、膀胱固有筋層に連続、境界は不明瞭、HE 染色では two cell pattern 像、胎盤性 ALP 染色では陽性を認め、前立腺原発の性腺外セミノーマと診断。病理所見よりリンパ節転移を認め、術後 BEP3 コースを施行した。術後腫瘍マーカーは陰性化、画像上再発は認めていない。本症例を含め前立腺原発セミノーマの報告は6例と極稀であり、今後も慎重に観察する必要がある。

HALS 下に腎温存手術を行った巨大腎血管筋脂肪腫の1例：後藤崇之、神波大己、植村祐一、灰谷崇夫、増田憲彦、小林 恭、清水洋祐、井上貴博、大久保和俊、渡部 淳、吉村耕治、兼松明弘、西山博之、小川 修（京都大） 24歳、女性。主訴は腹部腫瘤。右腎を囲むように進展した長径 17 cm の AML と画像診断され、腎温存希望で当院紹介受診。造影 CT で腎との交通部は比較的限局していたため、HALS 下右腎部分切除術を施行。腫瘍とカメラポートの距離が近く、適宜ジェルポートからカメラを挿入し視野を確保した。腫瘍と腎の交通部の切離に際しては腎動脈クランプ（阻血時間24分）を併用した。病理診断は AML with epithelioid features であった。今回、HALS 下の腎温存手術が可能であった条件として、①視野の確保が出来ること、②腎基へのアプローチが出来ること、③腫瘍が腎外突出型であること、が挙げられ、巨大な腎腫瘍でも、条件が揃えば鏡視下腎温存手術が可能であると考えられた。

EDAP 社製 Sonolith Praktis を用いた ESWL の治療経験：佐和田浩二、岡本恭行（三聖） 2000年4月から2009年8月までに445症例（男性317例、女性128例、平均年齢52.2±14.6歳）に765回（平均治療回数1.72±0.92回）の ESWL を施行した。結石部位 R2 133例、R3 10例、U1 158例、U2 43例、U3 101例。結石の大きさ 4≤<10 mm 325例、10≤<20 mm 110例、20 mm≤ 10例（うち2例は珊瑚状結石）。3カ月後の結石消失率87.6%、4 mm 以下の残石を含めた有効率95.3%。治療は主に外来を中心として行い、重篤な合併症は認めなかった。碎石効果不十分な5例と珊瑚状結石の1例に対してはリソクラストを用いた TUL を施行した。EDAP 社製 Sonolith Praktis は安全で有

用な碎石装置であると考えられた。

脳性麻痺患者に発症した酸性尿酸アンモニウム結石の1例：水流輝彦，坂野祐司（社保滋賀），影山 進（滋賀医大），西川全海（日野記念） 症例：22歳，男性。既往歴：新生児仮死，脳性麻痺，てんかん家族歴：特記すべきことなし。2006年5月肉眼的血尿を主訴に初診。明らかな結石所見は認めず。2008年2月肉眼的血尿を繰り返すため受診。US，KUBにて左腎結石（6×4mm）指摘。経過観察中に徐々に増大し，2009年2月15×10mmとなったため，3月PNL施行。結石分析は酸性尿酸アンモニウム結石であった。酸性尿酸アンモニウム結石は，低栄養状態や慢性感染症に合併することが多く，東南アジアなどの後進国の，2～3歳の小児に多くみられ，本邦では稀な結石とされている。しかし，近年，ダイエット目的の過度の低カロリー食および下剤の乱用によって生じた報告を認める。自験例では，脳性麻痺による低栄養状態，脱水があり，排便には下剤を使用していた。

トビラマート（トビナ[®]）服用中に尿管結石を生じたてんかん患者の2例：福本 亮，片山欽三，林 哲也，松岡 徹，藤本宜正，小出卓生（大阪厚生年金），柏木博子，田川哲三（同小児科），小野寺隆（もとぶ野毛），石田 允（石田クリニック） 症例1：22歳，男性。難治性のてんかんに対してトビラマートが処方され，4カ月後に左尿管結石を認めた。症例2：7歳，男児。West症候群に対してトビラマートが処方され6カ月後に右腎結石を認めた。この2例はトビラマートの炭酸脱水酵素阻害作用のため尿管細管アシドーシスを来たして結石が生成された可能性がある。トビラマートによる薬剤性尿路結石症に注意を喚起する。

経直腸エコーガイド下経会陰穿刺が有効であった膀胱全摘術後ダグラス窩膿瘍の2例：乾 秀和，原田二郎，西田晃久，川喜多繁成，佐藤 尚，杉 素彦，室田卓之（関西医大滝井） 症例1：68歳，男性。膀胱全摘術後20病日にCTにてダグラス窩膿瘍確認。経直腸エコーガイド下経会陰穿刺排液・ドレナージ管留置。排液は乳白色・膿性のものであった。症例2：86歳，男性。膀胱全摘術後，ダグラス窩リンパ嚢腫に対し穿刺排液施行。2症例とも改善し再発を認めず。骨盤内リンパ嚢腫は，骨盤内リンパ節郭清後3～61%の頻度で認め，症候性は3.5%と報告されている。治療として穿刺排液，経皮的ドレナージ，硬化療法や腹腔鏡下開窓術，開腹による内開窓術がある。経会陰穿刺の報告は，4論文18症例報告があり，膀胱全摘後の報告は2例であり，当症例も含めると4例である。成功率は94%である。

術前化学療法後にフルニエ壊疽を来した膀胱癌の1例：宮後直樹，鯉田容平，小森和彦，原田泰規，安永 豊，岡 聖次（国立大阪医療セ） 65歳，男性。既往歴に痔瘻あり。肉眼的血尿を認め，2008年9月初診。膀胱癌（cT3bN2M0）と診断。MVAC療法2コース施行し，膀胱全摘除術目的で入院。入院時より発熱と強い炎症所見，会陰部の腫脹・発赤を認め，CTでフルニエ壊疽と診断。予定していた膀胱全摘除術は中止。緊急デブリドメンと抗生剤投与を行った。フルニエ壊疽が軽快するまでに約2カ月を要し，その間，膀胱癌はcT3bN2M1に進行。GC療法3コース施行したがPDとなり，初診から10カ月後に癌死した。膀胱癌に関連したフルニエ壊疽として自験例は本邦3例目。化学療法経過中の感染源検索の徹底が肝要であると考えられた。

後腹膜腔への尿逆流を認めた左炎症性総腸骨動脈瘤の1例：平山幸良，金丸知寛，青山真人，園田哲平，中村敬弘，川村正喜（PL），仲谷達也（大阪市立大） 症例：73歳，女性。家族歴，既往歴：特記すべきことなし。主訴：左下腹部痛。現病歴：2009年5月，左下腹部痛と左水腎症で当科紹介，精査加療目的で入院。腹部造影CT検査：両側総腸骨動脈瘤（右2.5cm，左3.8cm），左水腎症を認め，左総腸骨動脈瘤周囲の炎症による尿管の閉塞が疑われた。また尿の逆流が左腎盂，尿管の周囲から後腹膜腔に広がっていた。臨床経過：左炎症性総腸骨動脈瘤による左尿管閉塞，上部尿路外溢流と診断，左尿管カテーテル留置し，尿逆流と水腎症は改善。7月14両側総腸骨動脈瘤に対して人工血管置換術施行。術後2カ月で左尿管カテーテルを抜去，抜去後も水腎症認めず。現在外来で経過観察中である。

巨大副腎癌の1例：小川悟史，寺川智章，村時基次，中野雄造，三宅秀明，田中一志，武中 篤，藤澤正人（神戸大） 患者は21歳，女

性。2009年9月腹部腫瘍を主訴に近医受診し，画像検査で左副腎腫瘍を認めた。このため同年10月4日精査加療目的で神戸大学泌尿器科紹介受診となった。身体所見上，満月様顔貌，バッファローハンプ，皮膚線条，皮膚ざ瘡を認めた。また採血検査からはクッシング症候群が考えられた。画像検査ではCT・MRIで左側腹部に長径20cmの巨大な腫瘍を認めた。このためクッシング症候群を呈する副腎皮質瘤を疑い，11月5日緊急手術となった。手術では腫瘍と周囲臓器との癒着はなく，浸潤も認めなかった。腫瘍を根治的に切除した。病理組織診断はWeissのcriteriaでは9項目中8項目を満たした。副腎皮質瘤pT2N0M0 stage IIの診断となった。術後経過良好で11月17日退院となった。術後療法としてMitotane内服加療を行っている。

術前診断が困難であった後腹膜腫瘍の1例：大橋宗洋，本郷文弥，上野彰久，藤原敦子，岩田 健，中村晃和，三神一哉，高羽夏樹，河内明宏，三木恒治（京府医大） 60歳，男性。IgA腎症（CKD第4期）に対し近医加療中，腹部USで後腹膜腫瘍を指摘され当院紹介。CEA，AFP，CA19-9，PIVCA II 陰性。尿中カテコラミン3分画NAD，DOPA軽度高値。腎機能障害のため造影できず，腹部単純CT施行し，十二指腸とIVCの間に表面平滑で低吸収を示す6×4cmの腫瘍を認めた。腹部MRIでT1WI低信号，T2WI高信号を呈する腫瘍で，周囲への浸潤は明らかではないが，一部肝臓との境界が不明瞭であった。鑑別診断に，神経原性腫瘍，リンパ管腫，肝血管腫などが挙げられた。自覚症状は認めなかったが，悪性腫瘍を否定できず摘出術施行した。術中所見は，尾状葉より突出した肝血管腫の印象であり，病理組織は海綿状血管腫であった。

鏡視下に摘出した胃癌後腹膜リンパ節転移の1例：中澤成晃，米田 傑，竹澤健太郎，谷川 剛，藤田和利，奥見雅由，細見昌弘，山口誓司（大阪急性期医療セ），島津彰宏，伏見博彰（同病理） 55歳，女性。2002年6月，胃癌で胃全摘術施行。Type 4，por1，pT3（SE），ly3，v1，N1でstage IV。2004年1月Virchowリンパ節転移に対してTS-1内服を開始し，2006年6月の時点で消失し内服中止。2005年に右腎門部，下大静脈外側に右後腹膜腫瘍を指摘。その後緩急に増大し，下大静脈を圧排するようになる。その他胃癌の再発所見なく，腫瘍マーカー，内分泌検査も正常であった。FDG-PETで同部位に異常集積を認めるが，術前の確定診断は困難であった。増大傾向であったため，後腹膜鏡下腫瘍摘除術を施行。病理結果は胃癌リンパ節転移であった。

左腎動脈瘤の1例：小倉秀章，青枝秀男（国保日高総合），竹内希（同放射線） 82歳，男性。72歳時排尿困難にて近医受診。両側腎結石，腎嚢胞，前立腺肥大症を指摘され，左腎結石にESWL3回，腎嚢胞に嚢胞穿刺施行。PSA44ng/mlに上昇しており，前立腺生検にて中分化型腺癌。骨転移があり抗男性ホルモン療法開始。排尿困難の増悪で当科紹介。初診時腹部単純CTで両側腎嚢胞，左腎門部複雑性腎嚢胞と判断。TUR-P施行した。術後経過良好で退院。術後14日目に左下腹部痛および肉眼的血尿にて受診。CTで左後腹膜腔に出血あり。腎超音波検査にて腎門部に拍動性占拠性病変あり。造影CTで造影早期から腔が均一に造影される60×48×40mmの腫瘍であった。左腎動脈瘤の破裂が考えられ経動脈的塞栓術を施行した。腎動脈瘤の再発なく経過している。腎動脈瘤の治療について文献的考察を加えた。

ソラフェニブによりマロリーワイス症候群，全身性中毒疹を認めた腎細胞癌の1例：重村克巳，木下佳久，山中邦人（明石市民），山下真寿男（神鋼） 症例は73歳，男性。右腎腫瘍に対して，後腹膜鏡下右腎摘除術施行（clear cell carcinoma，grade 1，INFα，V-，pT3a）。術後3カ月にて肺転移と局所再発を認め，ソラフェニブ800mg/日の内服を開始。内服開始後13日目より下痢，全身性皮疹，発熱，吃逆，さらに吐血を認めるようになり，同薬中止。精査にてマロリーワイス症候群，全身性中毒疹と診断され，内視鏡的に止血術を行い，絶食管理にて保存的に軽快した。中毒疹に対してはステロイドパルス療法を行い軽快した。ソラフェニブの副作用は皮膚病変，高血圧症のみならず多岐にわたり，とくに消化器系の副作用は時に重篤となる恐れがあり，適正な対応が必要であると考えられた。

自然破裂を契機に発見された透析患者腎細胞癌の1例：矢野公大，山田恭弘，篠田康夫，伊藤吉三（京都第二赤十字），大江 宏（学研

都市) 49歳、男性。40歳時に慢性腎不全にて血液透析導入。2008年1月、左腰部痛、肉眼的血尿にて当科受診。血液検査にて貧血、腹部CTにて両側腎に多発性嚢胞と左腎周囲に血腫を認めた。初診時CTでは腫瘍性病変は確認できなかった。ACDKによる左腎自然破裂と診断し、保存的加療を行った。経過観察の腹部CTにて左腎上極に造影効果の乏しい腫瘍性病変を認めた。左腎細胞癌 T2N0M0の診断にて、2009年4月に腰部斜切開による根治的左腎摘除術を施行。病理診断は、papillary renal cell carcinoma, type 2, expansive type, G2, pT2, INFa, v (-) であった。

診断に苦慮した、腎平滑筋肉腫の1例：上原博史、濱田修史、切目茂 (済生会中津)、**仙崎英人** (同病理)、**木浦宏真** (きうら泌尿器科) 60歳、男性。糖尿病の定期診察時、腹部超音波検査で左腎腫瘍を指摘され当科受診。腹部CT、MRIで左腎癌と診断し腹腔鏡下左腎摘除術を施行。病理診断では、当初 MEST (Mixed epithelial and stromal tumor) との診断であったが、さらに検討を重ねた結果、最終病理診断は腎平滑筋肉腫 (renal leiomyosarcoma) であった。

後腹膜鏡下腎摘除術後にポート部再発を来した腎癌の1例：上田倫央、氏家 剛、山本致之、川村憲彦、任 幹夫、西村健作、三好進 (大阪労災)、**川野 潔** (同病理) 61歳、女性。左腎腫瘍に対し、2005年3月後腹膜鏡下腎摘除術を施行し、病理組織診断は clear cell carcinoma, G1>G2, INFa, V (+), pT1bN0M0 であった。術後33カ月のCTにて、臓器を摘出した左下腹部ポート部の腹壁直下に径4cm大の腫瘍を認めポート部再発と診断した。インターフェロンαによる免疫療法を3カ月するも、腫瘍は7.4cm大に増大したため腫瘍摘出術を施行した。病理組織診断は clear cell carcinoma, G2>G3 であった。術後21カ月再発、転移を認めていない。

水腎症を契機に見つかった前立腺癌尿管転移の1例：原田二郎、佐藤 尚、乾 秀和、西田晃久、川喜多繁誠、杉 彦彦、室田卓之 (関西医大滝井)、**檀野祥三** (コープおおさか) 68歳、男性。腹部CTで右水腎症を指摘。近医泌尿器科にて右下部尿管癌の診断で手術目的で当科紹介受診。後腹膜鏡下右腎尿管全摘術施行。病理結果は adenocarcinoma, pT3, INFγ, ly1, v0, N0 (右閉鎖リンパ節) であった。尿管原発の腺癌は非常に稀である事より転移性を疑い精査。PSA 184 ng/ml, CEA 1.0未満。直腸診にて石様硬、直腸に突出する前立腺癌の硬結を触知した。前立腺生検にて adenocarcinoma, gleason score 4+3=7 また、尿管腫瘍の PSA 染色陽性であった。Presmanらの転移性尿管腫瘍の Criteria にあてはめ、最終診断は前立腺癌 cT3aN0M1 (尿管転移のみ) であった。診断後 MAB 療法を開始し PSA は順調に低下している。

アムルピシンが奏功した前立腺小細胞癌の1例：楠本浩貴、線崎博哉、山際健司 (紀南)、**田村志宣** (同内科) 65歳、男性。主訴は肉眼的血尿。直腸診で石様硬に腫大した前立腺を触知。CTで肺に多発する結節陰影、辺縁不正な前立腺を認めた。採血では PSA 1.10 ng/ml, NSE 122.1 ng/ml。入院後も血尿が持続するため、止血目的の TUR-P 施行。病理診断は小細胞癌であった。肺小細胞癌の化学療法に準じて、CDDP+ETP 療法3コース施行。NSEは低下みられるも CT では CR。CDDP+CPT11 療法5コース施行するが NSE 上昇傾向。3rd-line 化学療法としてアムルピシンを用いたところ、6コース終了時点で CR を得た。

前立腺原発尿路上皮癌の1例：丸山琢雄、山田祐介、上田康生、相原衣江、鈴木 透、樋口喜英、野島道生、山本新吾 (兵庫医大)、**造住誠孝、廣田誠一** (同病院病理)、**橋本貴彦、土井 裕** (明和)、**藪元秀典** (やぶもとクリニック) 70歳、男性。2008年5月末より、排尿困難、夜間頻尿を訴え、近医で前立腺肥大症の診断にて内服加療も改善せず、手術目的にて他院泌尿器科へ紹介となる。直腸診で前立腺は高度腫大・表面平滑。硬結 (-)。骨盤内 MRI にて TZ 領域は腫大し T2WI にて不整な intensity を示した。同年7月27日 TUR-P 施行。術中前立腺尿道尖部左側から内腔へ突出する乳頭状腫瘍を認めたため、腫瘍を生検し切除したところ腫瘍が隆起したため切除は最小限に留めた。病理所見は尿路上皮癌、G3 であった。膀胱内に異常は認めず前立腺原発尿路上皮癌と診断した。転移は認めず、膀胱前立腺全摘出術を予定するも同意得られず、当院にて MVAC 動注療法を3回施行。施行後の骨盤 MRI では、前立腺内部に腫瘍病変は認めず再度 TUR・

経会陰的前立腺生検術でも悪性所見は認めず pCR と診断した。現在治療終了後1年たつが再発は認めていない。

尿道憩室内に発生した女子尿道 Clear cell adenocarcinoma の1例：上阪裕香、加藤大悟、中井康友、野々村祝夫、奥山明彦 (大阪大)、**今村亮一** (大阪警察) 49歳、女性。尿道憩室内に充滿する尿道腫瘍を偶然指摘された。経尿道的手術にて切除したところ、clear cell adenocarcinoma (CCA) と診断され、加療目的に当科を紹介受診した。MRIにて尿道全体を取り囲むように憩室は存在し、その内部に腫瘍を認めた。尿道全摘術と膀胱瘻造設術を施行した。術後補助療法は施行しなかった。術後4カ月の時点で再発を認めていない。女子尿道 CCA は腺癌の一亜型であり、尿道憩室との合併が多いと報告されている。尿道腺癌は予後不良とされているが、CCA に限れば必ずしも予後不良とは言えないとの報告もある。また、CCA の発生頻度も低いことから、標準的な治療法は確立されていないのが現状である。本症例を含め本邦では34例の報告があり、今後も症例の蓄積が必要である。

膀胱全摘後16年目に尿道再発を来した膀胱癌の1例：木下竜弥、木内利郎、小林正雄、植田知博、高田 剛、井上 均、原 恒男 (市立池田) 81歳、男性。1993年膀胱癌に対して膀胱全摘除術+回腸導管造設術施行 (尿道摘除は施行せず)。病理診断は TCC=SCC, G1, pT2。以後定期的に当科通院。2009年3月尿道出血のため当科再診。尿道内視鏡にて振子部尿道に乳頭状腫瘍を認めた (洗浄尿細胞診：陰性)。他に転移を認めなかった。同月 TURUT 施行。術中尿道断端部にも再発を認めたため TUR を追加した。病理結果は UC, pTa, G1。術後11カ月目に尿道断端部に再発を認めたため、現在尿道摘除を検討中である。膀胱全摘後の尿道再発率は10%~20%程度、尿道再発までの期間は2年前後が多く、ほとんどが5年以内に再発すると言われている。自験例のように10年以上経過した尿道再発の報告は自験例を含め5例あった。尿道はその病理学的特徴として粘膜固有層を欠くため進行しやすいといわれており、尿道温存例に対しては厳重な follow による早期発見が重要と思われる。

広範囲皮膚欠損に対し Gluteal fold flap と分層植皮による再建を行った陰茎癌の1例：佐野太一、吉田哲也、和田晃典、花田英紀、前澤卓也、牛田 博、影山 進、上仁数義、成田充弘、岡本圭生、岡田裕作 (滋賀医大)、**水流輝彦、坂野祐司** (社保滋賀) 47歳、男性。真性包茎であり、2年前から陰茎が腫瘍性に増大したが放置されていた。2009年近医泌尿器科を受診。陰部広範囲に腫瘍を認め、生検にて高分化型扁平上皮癌であり、当院紹介となった。CTにて両側鼠径リンパ節腫脹を認め、遠隔転移は認めず、陰茎癌 T2-4N2M0 と診断し、広範外陰部切除を行った。腫大したリンパ節には術中迅速診断にて悪性所見を認めなかったため浅鼠径リンパ節郭清にとどめた。精索および精巣は温存しえた。皮膚欠損部は Gluteal fold flap 法ならびに分層植皮にて再建した。病理組織診断は高分化型扁平上皮癌であり、尿道海綿体に浸潤しリンパ節転移は認めず、術後診断は T2N0M0 であった。

精索脂肪肉腫の1例：沖 貴士、南 高文、林 泰司、石井徳味、植村天受 (近畿大)、**奥田康登** (耳原総合) 71歳、男性。2009年4月近医を PSA 高値にて受診した際に、左精索部および陰囊内の硬結を指摘され当科紹介受診。触診所見は左陰囊内および左精索にそれぞれ硬結あり。無痛性かつ石様硬であり、腫瘍マーカーは AFP, LDH, HCG とともに正常値であった。MRIにて鼠径ヘルニアよりむしろ脂肪腫、もしくは脂肪肉腫を疑う所見であったため、確定診断と治療のため高位精巣摘出術を施行した。手術時所見としては正常精巣、頭側に精索に一致するように 4.5×4.8×2.5 cm と 6.0×8.0×3.5 cm の腫瘤あり。病理結果は両腫瘍とも高分化型脂肪肉腫と診断された。他検査により遠隔転移は認めず、7カ月経過した現在再発の徴候はない。これまでに精索原発の脂肪肉腫の報告はわれわれの調べた限り70余例の報告がある。

陰囊平滑筋肉腫の1例：枝川 右、藤末 裕、内本晋也、小山耕平、福元輝生、能見勇人、右梅貴信、水谷陽一、東 治人、辻 求、勝岡洋治 (大阪医科大) 31歳、男性が左陰囊部の腫瘍を主訴に近医を受診し、生検で SCC を指摘され陰囊皮膚腫瘍として精査加療目的に当科紹介となった。診察上、鶏卵大で辺縁不整な外方に突出する有茎

性腫瘍を認めた。精巣との境界は不鮮明であった。左陰嚢腫瘍摘除術および左精巣摘除術・両側浅鼠径リンパ節郭清術を施行。病理組織結果は平滑筋肉腫であった。現在、手術から4カ月経過しているが再発・転移は認めていない。陰嚢内平滑筋肉腫は非常に稀な疾患で、他の平滑筋肉腫より比較的前後が良いとされているが、今後厳重な経過観察が必要である。

急性陰嚢症を契機に発見された精巣腫瘍の1例：星山文明，喜馬啓介，藤本 健，小野隆征，大山信雄，百瀬 均（星ヶ丘厚生年金）37歳，男性。突然の右陰嚢痛を主訴に受診。超音波検査や血液検査所見では精巣上体炎などが疑われたが，局所所見や臨床症状から精索捻転も否定しえず，試験切開を施行。術中精巣腫瘍が疑われ，高位精巣摘除術を施行。病理診断はセミノーマであった。精巣腫瘍は無痛性陰嚢腫大を呈することが多いが，疼痛をきたすことは比較的稀で，その頻度は文献的に10～15%といわれている。急性陰嚢症を呈した精巣腫瘍の疼痛の原因は，精巣腫瘍捻転，腫瘍内出血，腫瘍の壊死による炎症，精巣腫瘍の破裂，壊死腫瘍の感染，梗塞などの報告がある。急性陰嚢症の診断の際は，鑑別診断の1つとして精巣腫瘍を念頭に入れることも必要と考えられた。

AFP 値の上昇を認めなかった胎児性癌の1例：倉橋俊史，丸山聡，田中宏和（加古川医療セ），**田代 敬**（同病理）36歳，男性。右睾丸痛を主訴に当科を受診した。右精巣内に約3cmの腫瘍，胸腹部CTにて縦郭に12mm，後腹膜に15mmのリンパ節転移を認めた。右精巣腫瘍はセミノーマ+胎児性癌の混合腫瘍であった。以上より，非セミノーマ性胚細胞腫，stage IIIAと診断し，PEB療法を4コース施行した。1コース施行後にはPR，2コース施行後にはCRを得た。初診時より経過中を通しAFP値は陰性であった。精巣腫瘍取り扱い規約では“AFPは胎児性癌，未熟奇形腫，卵黄嚢腫瘍，あるいはこれらの要素を含む混合組織腫瘍で産生される”と記載されているが，その陽性率については，明記されていない。神戸大学附属病院でのデータでは，非セミノーマにおけるAFPの陽性率は87.1%，卵黄嚢腫成分を含まなくても84.6%であった。病理学的には胎児性癌でのAFPの出現は少ないとされるが，臨床的には胎児性癌においてもAFPの陽性率は高頻度に認めるものと考えられた。

両側精巣腫瘍・後腹膜リンパ節転移の1例：伊藤将彰，宮崎 有，高橋 彰，小倉啓司（大津赤十字）症例は26歳，男性。2008年9月腹痛・右下腹部痛にて当院外科を受診，その際に腹部CTにて径5cmの大動静脈間リンパ節腫大および右精巣腫大を指摘され10月21日当科紹介受診となった。右精巣腫瘍・後腹膜リンパ節転移stage IIAと診断したがUSにて左精巣中央にも径1.3cmの腫瘍を認めた。10月23日右高位精巣摘除術，11月12日左精巣部分切除術を施行，それぞれmixed germ cell tumorおよびseminomaの病理診断であったが左精巣にはCISの合併も認めた。左精巣に放射線照射は施行せず，後腹膜リンパ節転移に対してBEP3コースを施行した。腫瘍マーカーLDH・AFP・HCGはいずれも正常化した。CTにてリンパ節が残存していたため2009年2月18日後腹膜リンパ節郭清術を施行，viable cellを認めなかった。1年後の経過観察にて明らかな再発を認めていない。

PET/CTで局在診断しえた精巣腫瘍晩期再発の1例：武田 健，松崎恭介，吉田栄宏，新井康之，垣本健一，小野 豊，西村和郎，宇佐美道之（大阪府立成人病セ）44歳，男性。8年前，右鎖骨上リンパ節転移を契機に診断された右精巣腫瘍（胎児性癌，stage IIIA，IGCCC: intermediate prognosis）に対して，BEP療法および後腹膜・縦隔・右頸部リンパ節郭清術を施行した。病理組織診断は成熟奇形腫だった。術後，再発を示唆する所見を認めなかったが，1年前よりAFP値が漸増し始めた。胸腹部造影CT・脳MRI・骨シンチグラフィでは局在診断ができず，PET/CTを撮像した。左頸部リンパ節（副神経領域）再発を疑い，同部を郭清した。病理組織診断は胎児性癌であった。術後AFP値が正常化してから，補助化学療法としてTIP（PTX，IFM，CDDP）療法を施行した。術後9カ月時点で再発を認めない。

急性陰嚢症を呈した精巣区域梗塞の1例：伊丹祥隆，青木勝也，藤本清秀，平尾佳彦（奈良医大），**丸上永晃**（同放射線），**壬生寿一，平尾周也，平尾和也**（平尾）39歳，男性。左陰嚢痛を主訴に当科紹介受診。左陰嚢内の軽度腫大と陰嚢後面に限局する圧痛を認めた。血液検査上CRP 0.7 mg/dL，LDH 284 IU/lと軽度上昇を認めたが，AFPおよびβHCGの上昇はみられなかった。精巣ドプラーエコーで左精巣下極に限局する血流の乏しい低エコー域を認め，また造影MRIで同部位はT1早期相でリング状に濃染され，その内部は造影されないことより，精巣区域梗塞が疑われた。抗生剤および鎮痛剤投与で疼痛は改善したが，精巣腫瘍も完全には否定できず発症14日目に高位精巣摘除術を施行した。術中に精巣捻転や精巣付着異常は認めなかった。病理結果は精巣区域梗塞であった。

術前診断に苦慮した精巣捻転の1例：村井亮介，長船 崇（宇治徳洲会）17歳，男性。左精巣痛を主訴に受診。左精巣の疼痛は軽度。ドプラーエコー所見では左精巣上体の血流増加を認めたが，精巣内の血流を認めず，精巣捻転症の否定ができないため陰嚢切開施行。左精巣捻転症であり，捻転解除後も血流の改善が見られないため，左精巣摘除と右精巣固定術を施行した。左精巣上体は尾部の付着異常と尾部延長を認め，延長した尾部の部位で捻転を来していた。精巣捻転症では多くの場合，精巣上体の血流も低下あるいは消失するが，稀に血流増加を認めることがあり，注意が必要であると考えられた。

ヘルニア嵌頓との鑑別が困難であった鼠径リンパ節転移を伴う停留精巣固定術後の精巣腫瘍の1例：湊のり子，山口唯一郎，古賀 実，菅尾英木（箕面市立），**星美奈子**（同外科）36歳，男性。2009年6月，疼痛を伴う左鼠径部腫瘤に気づき近医受診。鼠径ヘルニア嵌頓を疑われ当院外科紹介受診。発熱もあり疼痛が強いため緊急手術施行された。ヘルニアの所見はなくリンパ節の腫大と炎症を認められ，切除組織でembryonal carcinomaのリンパ節転移と診断されたため，泌尿器科紹介受診。10歳時に左停留精巣に対して固定術を受けており，左委縮精巣内に小豆大の硬結を触れエコーでも精巣腫瘍が疑われ，高位精巣摘除術施行。精巣腫瘍はseminomaであった。術前腫瘍マーカーはHCG 5.7 mIU/mlと上昇認めた以外は正常範囲内であった。鼠径部リンパ節以外の転移は認めず，T1N2M0と診断し，精巣摘除後HCGも正常化していたがBEP3コース施行し，8カ月後の現在，転移・再発を認めていない。