

第207回 日本泌尿器科学会東海地方会

(2000年1月23日(日), 於 名古屋市医師会館)

膀胱タンポナーデを契機に発見された腎細胞癌の1例：岡田淳志，畦元将隆，安藤 裕（名古屋市立東） 66歳，男性。主訴は尿閉，肉眼的血尿。膀胱鏡で左尿管口からの大量の凝血塊流出を認めた。CTにて左腎腫瘍と下大静脈腫瘍塞栓を認めた。出血に対し緊急に選択的左腎動脈塞栓術を施行し止血せしめた。その後根治的左腎摘除および下大静脈腫瘍塞栓摘出術を行った。病理組織学的診断は renal cell carcinoma, alveolar type, clear cell subtype, G2>G3, INFβ, pT3b。術後よりインターフェロンα療法開始し，経過観察中である。腎癌の早期発見例が半数以上を占める現在，腎癌に対する選択的腎動脈塞栓術はおもに手術を安全に行うためのものであり，自験例のように止血目的で施行することは稀である。腎動脈塞栓術は術中出血の減少，腎基部処理の容易化と利点が多いが，副作用，腎周囲との癒着，腫瘍塞栓断断の危険性などの欠点もあり，適応を考慮した導入が望ましい。

大網，腸間膜浸潤により腸管切除を必要とした紡錘細胞癌の1例：弓場 宏，黒田一男，磯辺安朗，上平 修，松浦 治，近藤厚生（小牧市民） 症例は74歳，女性で主訴は左腹部腫瘍である。1999年8月頃より食欲不振，全身倦怠感あり。左腹部腫瘍に気づき，近医受診。腹部 CT にて左腹部腫瘍指摘。当科へ精査加療目的入院となる。CTでは左腎中央部から下方にかけて，特に前方へと腹腔内の臓器を圧排するように広がっている巨大な mass が見られる。結腸への浸潤が疑われた。左腎静脈，下大静脈内に腫瘍塞栓を認めない。胸部 X-p, CT 上，右肺野に7mm程の孤立性病変を認める。以上より左腎腫瘍 T4, Nx, M1 の診断で1999年12月2日，腹部正中切開にて，経腹膜アプローチで左根治的腎摘除術および左半結腸切除，小腸部分切除を施行した。腫瘍細胞は尿細管由来の典型的な腫瘍細胞より大型で奇異な像の核を有する細胞を主とする。充実性発育像よりなる像が最も優勢である。優勢像より腎細胞癌（紡錘細胞癌）と診断した。

自然気胸を合併した腎血管筋脂肪腫の1例：坂田裕子，大西毅尚，木瀬英明，芝原拓児，山田泰司，吉村暢仁，山川謙輔，林 宣男，有馬公伸，柳川 眞，川村壽一（三重大） 24歳，女性。22歳時，結節性硬化症と診断された。気胸のため近医受診時，腹部 CT で両側腎腫瘍を指摘され，当科に紹介された。腎動脈造影で，左腎上極に径10cm，右腎上極に径4cm，下極に径2cmの腫瘍が認められ，腎動脈塞栓術を施行した。現在，再開通はなく，残存した腫瘍の著明な増大もなく，経過良好である。結節性硬化症における腎血管筋脂肪腫の合併は，40～80％と高頻度であるが，肺病変の合併は，0.1～1％と稀である。両者の合併は，本邦では4例が報告されており，自験例を合わせると，全例が20～40歳代の女性である。4例において腎血管筋脂肪腫は気胸発生後に偶然発見されており，20～40歳代の女性に反復する気胸が見られた場合，腎血管筋脂肪腫の存在を念頭におくべきであると考えられた。

巨大 Multilocular cystic nephroma の1例：有馬 聡，泉谷正伸，佐々木ひと美，桑原勝孝，石川清仁，白木良一，星長清隆，名出頼男（保健衛生大） 症例は50歳，女性。生下時より軽度の知的障害があり，1年前より腹部膨隆あるも放置。1999年8月20日，家族が異常に気づき近医受診し左後腹膜腫瘍を疑われ当院紹介される。種々の画像診断にて多房性腎嚢胞を疑い，巨大であること，悪性腫瘍の合併も否定できないため手術を行った。腫瘍は巨大で前面に正常腎実質を認めたが，腫瘍との分離が困難のため一塊として摘出した。摘出した標本は，表面平滑で，総重量は3.5kgで内部に隔壁構造を認めた。組織は一層の立方上皮に被覆される嚢胞壁を有する多房性の病変で多房性腎嚢胞と診断された。本症例は巨大化した多房性腎嚢胞であった。巨大化した理由として①患者が知的障害者で来院が遅れたこと，②嚢胞内液体が，暗褐色で出血を伴ったことが原因と考えられた。

後腹膜脂肪肉腫の1例：千田基宏，野尻佳克，近藤隆夫，西村達弥，服部良平，山田 伸，岡村菊夫，小野佳成，大島伸一（名古屋大） 55歳，男性。健康診断の超音波検査にて右腎の異常を指摘され，当科受診となった。血液副腎内分泌検査にて，アルドステロンと

コルチゾールの軽度上昇を認めた。CT, MRI にても，右副腎上部から広がり右腎上極前面に接する充実性腫瘍を認めた。以上より骨髄脂肪腫などの副腎原発の腫瘍，あるいは脂肪腫，脂肪肉腫などの後腹膜腫瘍を疑い，1999年9月に全麻下，経腹的腫瘍摘除術施行した。摘出標本は，重量257g，径9×6cmの腫瘍部分と10×4cmの副腎を含めた腫瘍部分で両部分とも被膜に包まれ，黄白色で弾性軟であった。病理診断は，高分化型脂肪肉腫であった。術後補助療法は行っておらず今のところ再発所見は認めていない。脂肪肉腫の予後は組織型と密接な関係がみられ，高分化型が最も予後良好とされる。

腎動脈静脈奇形の1例：野畑俊介，渡瀬博俊，影山慎二，牛山知己，鈴木和雄，藤田公生（浜松医大），五十嵐達也，稲川正一，高橋元一郎（同放射線部） 66歳，男性。主訴は肉眼的血尿。膀胱鏡検査で左尿管口からの血尿確認。出血のさらなる原因精査のため当科紹介され入院。腎盂尿管鏡で凝血塊の他明かな異常なし。血管病変の精査と止血目的を兼ね，緊急で腹部血管造影を施行。左腎中央部に cirroid type の腎動脈静脈奇形を認める。腎動脈静脈奇形に対し超選択的動脈塞栓術を施行。無水エタノールで塞栓し腎動脈静脈奇形部の異常血管は造影されなくなり，血尿は消失した。またドップラーエコー上もモザイク上の血液の乱流が消失した。現在外来で経過観察中であるが，血尿の再発は認められていない。

発症後約50時間経過した腎梗塞の治療経過：森 久，佐藤修司，安積秀和（名古屋徳洲会） 症例は73歳，男性。1999年11月30日，右下腹部痛，食思不振にて某医受診，虫垂炎の疑いで抗生剤を投与されるも軽快せず，12月2日本院受診した。腎 CT にて右腎梗塞と診断し，発症後約50時間経過した腎梗塞に対してウロキナーゼおよび t-PA 製剤による選択的動脈持続注入血栓溶解治療を行った。症状は12月4日には軽快した。治療効果を腎 CT 造影実質体積を求め治療前1とすると，治療後1.25となった。近年の発症後48時間以上の腎梗塞報告例をみると50％が動注による血栓溶解治療を行っていた。診断が遅れた症例でも不完全梗塞や，側副血行路などがある場合もあり，積極的な治療が望まれるところである。

左腎内異物の1例：伊藤 徹，西山直樹，藤田民夫（名古屋記念） 症例は52歳，男性。10年ほど前に鍼治療の既往がある。血尿と蛋白尿の精査目的に当院を受診した。当院受診時，軽度の血尿，1日に0.39gの蛋白尿を認め，KUB にて左腎陰影上に3cmの線状陰影，腎エコーにて腎内に線状陰影，CT にて左腎内に metal density の線状陰影を認めた。以上より左腎内異物を疑い，1999年12月7日に異物摘出術と，腎生検を施行した。後腹膜鏡下には異物除去は困難であり，開腹にて異物を除去した。異物は鍼針であった。鍼針には結石などの付着は認めず，腐食なども認めなかった。腎生検病理所見では異物と蛋白尿，血尿の因果関係は明らかにならなかったが，異物の存在したと思われる部位では，尿細管の部分的な変性壊死をきたしていた。術後一時蛋白尿は軽減したが，退院後血尿，蛋白尿は再度出現している。現在は経過観察中である。

左低形成腎を合併した下大静脈後尿管の1例：中野清一，芝原拓児，保科 彰（山田赤十字） 29歳，男性。1998年9月検診にて蛋白尿，尿潜血を指摘され近医受診。エコーで右水腎症と左低形成腎を認めたため当科紹介。精査にて，下大静脈後尿管，左低形成腎と診断し，手術を予定したが，その後受診なく，1999年9月，右腹痛と尿量減少を主訴に当科受診し入院した。入院時38度の発熱を認め血清クレアチニンが8.0と上昇しており，腎後性腎不全，右腎盂腎炎の診断にて経皮的に右腎瘻を造設した。CT および右 RP にて下大静脈後尿管，左低形成腎および右腎結石と診断し1999年11月腎盂成形術および結石摘出術を施行した。術後経過は良好で，術後38日目の DIP 60分像にて尿の通過は良好であったが水腎症はまだ改善していない。同時期の BUN は14，クレアチニンは1.3であった。今後定期的に経過観察していく予定である。

尿管瘤に合併した多発尿管瘤内結石の1例：中根明宏，戸澤啓一，小島祥敬，安井孝周，神谷浩行，上田公介，郡健二郎（名古屋市大）61歳，男性。1999年1月，排尿困難にて近医受診。腹部超音波検査にて，腎および膀胱内結石を指摘，同年7月に当科紹介受診。静脈性尿路造影にて左完全重複腎盂尿管，左尿管瘤，左腎結石，尿管瘤内結石を認めた。同年8月に手術目的で入院，9月に経尿道的左尿管瘤切開術および尿管瘤内結石摘除術施行し数十個の排石があった。結石の成分は酢酸カルシウム94%，磷酸カルシウム6%であった。少量の残石に対しては，体外衝撃波結石破砕術を施行した。退院後，外来にて経過観察中。術後，排尿困難は改善された。61歳まで無症状で経過した尿管瘤および瘤内結石に対して，経尿道的尿管瘤切開術が有効であった1例を報告した。

若年性膀胱癌の1例：青木重之，田中一矢，大堀 賢，西川英二（名古屋掖済会），日比初紀，深津英捷（愛知医大）15歳，男性。1997年5月頃から間歇的に無症候性肉眼的血尿を認めたが，近医にて保存的に経過観察されていた。11月下旬から再び肉眼的血尿を認め，同年12月2日当院入院。血液検査上特記すべき異常を認めず，尿細胞診はclass1であった。IVPにて上部尿路には異常を認めず，膀胱部に明らかな陰影欠損像を認めなかった。腹部超音波検査では両腎に異常なく，膀胱部は肥満のため描出不良であった。膀胱鏡にて膀胱後壁右側に径24×18mmの乳頭状，有茎性腫瘍を認め，1997年12月15日腰椎麻酔下にTUR-Btを施行した。病理診断は移行上皮癌，grade1，pTaで，膀胱内8カ所のrandom biopsyでは異常を認めなかった。術後BCG 80mgの膀胱内注入療法を週1回，計8週間施行した。術後2年を経過した現在，再発，転移の兆候を認めていない。

リザーバーを用いた動注化学療法が奏効した再発性膀胱腺癌の1例：岡田真介，河合憲康，橋本良博，中平洋子，池内隆人，佐々木昌一，上田公介，郡健二郎（名古屋市大）症例は80歳，女性。肉眼的血尿を主訴に近医より当科紹介受診。膀胱鏡，MRIにて膀胱腫瘍と診断し経尿道的膀胱腫瘍切除術施行。病理組織学的診断は腺癌で，膀胱筋層への浸潤が認められたが，画像所見上他臓器への浸潤転移が認められなかったため，膀胱部分切除術施行。以後再発を繰り返し，左内腸骨リンパ節腫大も認められたため，患者の年齢，希望を考慮し，リザーバーを用いた動注化学療法を施行。1年以上経過したが，腫瘍の進展は認めていない。肉眼的血尿の消失，膀胱温存という点からQOLの向上も得られ，根治手術困難な症例に対する治療の選択肢のひとつになり得ると考えられた。

透析患者に発生した膀胱原発小細胞癌の1例：上條 渉，本多靖明，小久保公人，中村源太，七浦広志，加藤慶太郎，岡田正軌，赤将史，瀧 知弘，三井健司，日比初紀，山田芳彰，深津英捷（愛知医大）48歳，女性。透析歴3年3カ月，主訴は肉眼的血尿。膀胱鏡にて左側壁を中心に，後壁から頂部にかけて非乳頭状広基性腫瘍を認め，生検では高分化型腺癌であった。骨盤部MRIにて筋層浸潤が疑われた。以上より膀胱原発腺癌T2，N0，M0の診断のもと膀胱全摘術，両側尿管皮膚瘻造設術を施行。HE染色では腺癌と広範囲に浸潤する小細胞癌を認めた。免疫染色では小細胞癌の部分は，NSE，クロモグラニン，グリメリウス染色陽性で，術後病理組織診断は（pT3a，pN0，pM0）であった。術後6カ月を経過した現在まで再発，転移を認めていない。膀胱原発小細胞癌は稀で本邦34例目であった。

膀胱原発Clear cell adenocarcinomaの1例：近藤厚哉，松沼寛，栗木 修，山田 伸（岡崎市民），久原 肇（同臨床検査部），岩崎明彦（東型クリニック），服部良平（名古屋大），伊藤雅文（同病理部）52歳，女性。27歳時に卵巣炎のため右卵巣を切除した。主訴は顕微鏡的血尿。膀胱鏡検査で後壁に表面平滑な隆起病変と小指頭大，有茎性非乳頭状腫瘍を認め，内視鏡下に切除した。病理組織はendometriosisおよびclear cell adenocarcinomaであった。免疫染色にてCA125が内膜症部分から腫瘍部分へと連続的に陽性になり，このことからclear cell adenocarcinomaが，内膜症を背景にその腺管を母地として発生したと考えられた。根治的膀胱全摘左卵巣子宮合併切除回腸導管造設術を施行したが，残存腫瘍は認めなかった。術後3カ月経過し，再発兆候は認めていない。膀胱のendometriosis由来のclear cell adenocarcinomaとしては3例目の報告である。

神経因性膀胱に対する膀胱拡大術後，膀胱内に乳頭状腫瘍を認めた1例：犬塚善博，服部毅之，深津顕俊，加藤真史，吉川羊子，後藤百萬，小野佳成，大島伸一（名古屋大）症例は24歳，女性。既往歴にて，生来二分脊椎，神経因性膀胱，両側膀胱尿管逆流あり。1989年回腸を用いた膀胱拡大術，両側膀胱尿管逆流防止術を施行した。1999年9月，術後10年目の精査のため行った膀胱鏡にて膀胱回腸吻合部やや膀胱寄りに径1cm大の乳頭状腫瘍を認めた。腫瘍は多発性で，同様の腫瘍を計3個，すべて吻合部のすぐ膀胱粘膜側に認めた。1999年11月15日，全身麻酔下に経尿道的腫瘍切除術を行い，併せて膀胱側回腸側の粘膜生検も行った。腫瘍は乳頭状発育を示し，強拡大では正常の腸上皮に隣接して移行上皮由来と思われる円柱上皮化生した細胞を認め，明らかな悪性像は認めなかった。術後2カ月の現在再発は認めていないが，再発，悪性化の可能性もあり，経過観察中である。

両側水腎症を伴った子宮膀胱脱の1例：石瀬仁司，石川清仁，平野真英，泉谷正伸，白木良一，星長清隆，名出頼男（保健衛生大），長谷川清志，宇田川康博（同産婦人科）症例は80歳，女性。数年前からの尿失禁，頻尿を主訴に来院。出産歴は3回ありいずれも経産正常分娩。初診時，外陰部に手拳大の子宮脱を認めたが，その還納は可能であった。腎エコー，IVPで両側に水腎水尿管症が存在し，両側尿管は骨盤底より下方で膀胱に流入していた。膀胱造影では膀胱は砂時計状に変形し，憩室が多数認められた。以上より水腎水尿管を伴った子宮膀胱脱と診断し，産婦人科と協力し膣式単純子宮全摘術，前後壁形成術を施行した。術後速やかに症状，水腎水尿管症は消失した。本症例は本邦の文献上11例目であった。

再発性前立腺癌に対するVP療法の有用性について：永 裕彰，櫻井孝彦，浅野晴好（愛知県済生会）対象は，進行性前立腺癌と診断され，内分泌治療を行っていたにもかかわらず，骨痛の出現や腫瘍マーカーの上昇を認め，再燃となった7症例。年齢は64～77歳で，平均67.7歳，診断時臨床病期はstage CとD1が各1例，D2が5例，再燃までの期間は，8カ月から2年3カ月平均1年5カ月であった。再燃後VP療法（Etoposide 20～50mg/m²（D1～D5），CDDP 30～50mg/m²（D1））を4週間ごとに行い，PSAと自覚症状にて評価を行った。結果：著効，有効であった例は4例で，有効率は57.2%であった。副作用は1例に顆粒球と血小板の減少を認め，臨床症状では嘔吐，嘔気を2例に認めた。VP療法は重篤な副作用もなく有用な治療法と思われた。

外傷性持続勃起症の1例：後藤高広，野口頭広，濱本幸浩，谷口光宏，竹内敏視，酒井俊助（県立岐阜），藤田 茂（岐阜赤十字），石山俊次（石山泌尿器科皮膚科）43歳，男性。会陰部を打撲した4日後より持続勃起および疼痛が出現したため，当科に紹介された。陰茎海绵体血ガス検査ではPco₂:71.0，Pco₂:41.5であり，会陰部超音波ドップラー検査では陰茎根部に直径7～8mmの動脈瘤様の血液の乱流を認め，arterial high flow priapismと診断した。右内陰部動脈造影で右陰茎深動脈に造影剤の溢流像を認めたため，スポンゼルを用い超選択的に右陰茎深動脈の塞栓術を施行した。持続勃起症にはhigh flow typeとlow flow typeに分類され，high flow typeは稀な疾患だが虚血状態にならないため，性機能が温存されることが多い。また治療は本邦報告例ではほとんどが動脈塞栓術により陰茎の弛緩が得られている。

自己外陰部損傷の2例：塚本勝巳，栃木宏水（三重県立総合医療セ）症例1：51歳，男性。18歳時より精神分裂病にて精神科病院に入院中であった。1999年9月28日，病院より外出中に彫刻刀を用い，根部にて陰茎を切断すると共に両側精索を切断し自己去勢を行った。緊急に陰茎海绵体と精索断端部の止血縫合，尿道皮膚吻合による外尿道口形成術を施行した。外尿道口の狭窄をきたし，ブジーで経過観察中である。症例2：79歳，男性。腰椎圧迫骨折，胃潰瘍の診断で他院に約2カ月間入院していた。退院翌日の1999年10月31日に，自宅の出刃包丁で右風脰部から陰囊，肛門左側までを斜に自ら切り，救急外来に搬送された。尿道球部右側に尿道部分断裂を認め，吸収糸で縫合した。また右陰茎海绵体脚部は切断されており，再吻合した。術後に心療内科で退行期うつ病，せん妄状態と診断された。本邦の文献上，23例目，24例目の自己外陰部損傷と考えられた。

陰嚢 Wegener's 肉芽腫症の1例：鈴木弘一，佐井紹徳，加藤久美子，村瀬達良（名古屋第一赤十字） 51歳，男性。主訴は，陰嚢亀頭部のびらん，疼痛。1994年に，陰嚢亀頭部のびらんがあり生検施行したが，慢性炎症所見のみであった。この時は，包皮環状切除術のみ施行。以後受診はとだえた。1999年7月頃より，陰嚢亀頭部のびらん，疼痛が出現。10月4日，当科受診。陰嚢亀頭部全体が，カリフラワー状に，著しくびらんしており，一部に潰瘍を伴う。亀頭部は硬く腫瘤状に触れた。陰嚢癌の診断にて，10月20日，脊麻下に，陰嚢部分切除手術施行。病理診断は，地図状の壊死，多核巨細胞を伴う肉芽腫，血管炎を確認でき，Wegener's 肉芽腫症と診断された。鼻，肺，腎など他病変を認めず，limited form と考えられた。抗好中球細胞質抗体（ANCA）を測定したところ，WG に特異的とされる C-ANCA が80倍と陽性を示した。術後3カ月，病状の進展はみられない。

陰嚢内黄色肉芽腫性炎の1例：今西武志，宮寄英世，大塚篤史，太田信隆，河邊香月（焼津市立） 症例は68歳，男性。肝硬変による肝性脳症のため1999年9月13日当院消化器内科に入院し，尿失禁，陰嚢の腫大を指摘され，当科紹介。発熱，右精巣および精巣上体の腫大，発赤，圧痛と，前立腺の圧痛，熱感が認められ，血液生化学検査，尿検査により急性前立腺炎，辜丸炎，精巣上体炎と診断。抗生剤の投与を開始すると，速やかに解熱し，白血球，CRP とも下降した。しかし陰嚢の圧痛が軽減せず，腫脹のとれた陰嚢内に直径約1cmの硬い腫瘤を触知可能となった。超音波検査では，右精巣に内部不均一な腫瘤性病変が認められた。悪性新生物の可能性も否定しきれなかったため，1999年10月14日右精巣摘除術を施行。精巣と精巣上体の間の間質に黄白色で一部出血を伴った腫瘤が存在し，病理学的にはリンパ球，組織球主体の炎症反応がみられ，組織球は泡沫状の明るい胞体をもつ foam cell であったため，黄色肉芽腫性の炎症と診断された。

片側非触知精巣22例の治療経験：金本一洋，最上 徹，秋田英俊（大同），加藤文英（緑市民），岡村武彦，田貫浩之（名城），林祐太郎，佐々木昌一，上田公介，郡健二郎（名古屋市大） 過去5年間で22例の片側非触知精巣に対し，鼠径部切開後，必要時ここから腹腔鏡を行った。症例は1～12歳，左14：右8例，対側精巣の陰嚢内存在は19例，鼠径部存在が3例であった。この19例に鼠径部切開し，2例に精巣固定術を，12例は vanishing testis の摘除術を行った。鼠径部精巣や遺残物のない5例は，経鼠径の腹腔鏡を行い，腹腔内精巣1例に精巣摘除術を行ったが，4例は精巣を認めなかった。反対側鼠径部触知3例には，触知側固定術中に対側の腹腔鏡検査を行い，2例に精巣を認めた。精巣固定術と精巣摘除術を各1例に行った。残1例は鼠径管開放時 vanishing testis のため摘除した。片側非触知精巣に鼠径部切開を先行させると26%のみが腹腔鏡を必要とした。

染色体異常を伴った Gonadoblastoma の1例：長谷川嘉弘，神田英輝，村田万里子，小倉友二，今村哲也，山川謙輔，林 宣男，有馬公伸，柳川 眞，川村壽一（三重大） 症例は23歳。戸籍上男性。尿道下裂を主訴に来院。21歳時に精神分裂病にて措置入院。低身長，翼状頭を認め，精巣は陰嚢内に触知しなかった。染色体検査において45XO/47XXY モザイクであった。またCT，MRIにて骨盤内に両側精巣を認め，ミューラ管遺残も認められた。尿道下裂と停留精巣に対し，索切除術，右側精巣摘除術を施行した。病理組織所見において，一部卵巣成分を含む精巣と一部に gonadoblastoma を含むものであった。混合型性腺形成不全には性腺腫瘍の発生頻度は高く過去63例のうち13例に gonadoblastoma を認めている。一般に混合型性腺形成不全における停留精巣は両側摘除が原則であり，残した左側精巣に関しては，嚴重な経過観察が必要である。

カラードブラ法が有用であった精巣捻転の1例：早川隆啓，斎藤俊彦，三矢英輔，小島宗門（名古屋泌），早瀬喜正（丸善ビルクリニック） 24歳，男性。夜間より左陰嚢部痛あり近医受診，左精巣上体炎の診断にて抗生剤投与。その後，症状が改善しないため発症より3日後当院紹介。左陰嚢部に圧痛，腫脹を認め，血液検査にて炎症反応を認めた。超音波カラードブラ法を施行したところ，左側で精索部血流は確認できるが，腫脹した精巣内には血流信号は全く認められず，左精巣捻転と診断。同日左精巣摘除術，右精巣固定術を施行。摘出した左精巣は暗赤色で，鞘膜腔内で1回転半し，断面は全体に壊死していた。精巣捻転は，急性陰嚢症の1つで，精巣上体炎との鑑別が重要であり，今回は超音波カラードブラ法が術前診断に有効であった精巣捻

転の1例を経験した。超音波カラードブラ法は簡便であり，急性陰嚢症に対して，きわめて有用な検査法と考えられた。

外傷性精巣破裂の2例：線崎博哉，波瀬秀樹（名古屋市立城北） 症例1は13歳，中学生。主訴は左陰嚢の疼痛性腫脹。ソフトボール試合中に野手と接触し陰嚢部を強打した。MRIで左精巣破裂を疑い手術を施行した。白膜は縦断裂しており白膜修復術を施行した。症例2は23歳，学生。右陰嚢の腫脹，疼痛。オートバイ運転中に転倒，股間を強打した。CTで右精巣破裂を疑い手術を施行した。白膜は縦断裂しており白膜修復術を施行した。現在まで報告された症例と自験例2例合わせて精巣破裂164例を集計した。受傷年齢は20～30歳に集中，患側に有意差は認めず。受傷原因は近年スポーツ外傷が最も多く増加傾向にあった。受傷4日目以降では精巣摘除術を施行した症例数が白膜修復術を施行した症例数を上回ることから，精巣破裂が疑われた時には速やかに試験切開（手術）を行う必要があると考えられた。

6年後に局所再発をきたした精索脂肪肉腫の1例：渡辺克隆，萩原徳康，西田泰幸，藤本佳則，磯貝和俊（大垣市民） 72歳，男性。1993年3月，右鼠径部腫瘍を主訴に当院外科受診，精索腫瘍疑いにて当科紹介となり，同診断にて右精巣高位摘除術を施行した。病理診断は脂肪肉腫多形型であった。高齢でもあり，治癒的切除と考えられたため，追加療法は施行せず以後外来にて経過観察としたが，途中受診しなくなった。1999年6月，右鼠径部腫瘍に気づき当院再受診，腫瘍は母指頭大で，表面平滑で可動性は良かった。精索脂肪肉腫再発が疑われ，腰椎麻酔下に腫瘍摘出術を施行した。病理診断は脂肪肉腫粘液型で一部に分化度の良い軟骨成分が認められた。また追加療法は施行しなかった。精索脂肪肉腫の再発例は5例報告されており，いずれも局所再発で，再々発した症例は報告されておらず，一般に緩慢な経過をたどるように思われた。

腹腔内右停留精巣に発生した難治性精巣腫瘍の1例：井上貴博，日置琢一，文野美希，杉村芳樹（愛知県がんセ），中村榮男（同病理部） 24歳，男性。主訴は右下腹痛と腹部腫瘍。腹部腫瘍の増大を認め，血清AFP高値で右陰嚢内に精巣を触知せず，前医泌尿器科に入院。腹部腫瘍の生検の結果yolk sac tumor componentを含む，腹腔内停留精巣に発生した精巣腫瘍と診断。画像精査にてstage IIICと診断され，BEP（EP）を3クール施行するが，腫瘍マーカーの低下悪く，当院紹介受診。VIP療法を4クール施行。2，3クール目に計3回PBSCHを施行したが，CD34細胞で1.7×10⁶/kgしか採取できなかつた。AFPは正常値内まで低下し，停留精巣摘除術施行したが，残存腫瘍を認めた。最終化学療法終了後約40日目にAFPの再上昇を認め，VIPを80% doseで1クール同時に右骨盤内軟部組織への放射線治療を追加し，一旦はマーカーも低下するも最近マーカーの再々上昇を認める。

CA19-9上昇を認めた尿管管癌の1例：日比野充伸，福田勝洋，窪田裕樹，梅本幸裕，栗田成毅，阪上 洋（更生） 症例は52歳，男性。1999年9月，肉眼的血尿を主訴に来院。膀胱鏡にて，膀胱頂部にゼラチン様物質で被われた，隆起性病変を認め，精査加療目的に入院となった。CT上，57×48mmの，石灰化を伴った嚢胞性病変を，膀胱頂部から前壁にかけて認め，生検にて，腺癌と診断，同年10月5日，膣・尿管管全摘除，膀胱部分切除術を施行し，病理学的診断は，粘液産生性腺癌，pG1，pT4，pL0，pV0であった。術前CA19-9の上昇を認め，抗CA19-9抗体を用いた免疫組織染色にて染色性を認めた。術後，CA19-9は，正常範囲内まで下降した。術後3カ月，UFTにて内服治療中であるが，再発を認めていない。CA19-9上昇を認めた尿管管癌は，文献上2例目であった。

尿管S状結腸吻合術症例の長期成績：市野 学，石黒幸一（浜松赤十字），田所 茂（保健衛生大） 尿管S状結腸吻合術後，長期に経過を観察し得た4症例につき，若干の文献的考察を加え報告する。原疾患は全例膀胱腫瘍。1例は腎盂腎炎を繰り返した後，透析導入。1例は頻回に腎盂腎炎を発症するため回腸導管に変更。1例は高度両側水腎症を呈しているため，回腸導管への変更を勧めているが拒否。1例は合併症を認めていないが，頻回な排糞尿に難渋している。本術式は腎盂腎炎や水腎症などの合併症の頻度が他の尿路変向術に較べて高い。また悪臭を伴う頻回の排糞尿があり，合併症のない場合であっても，患者の高齢化など糞尿が他人の手に委ねられることになると，そ

の管理に難渋すると考えられる。尿路変向術において外瘻のないことは理想的であるが、合併症の多さ、患者の QOL を考えると、この術式は第一選択としてふさわしい尿路変向ではないと思われた。

著明な石灰化を伴った硬化性被嚢性腹膜炎 (SEP) の 1 例：横井繁明，安田 満，西野好則，江原英俊，山本直樹，高橋義人，石原哲，出口 隆（岐阜大） 66歳，男性。14年目の CAPD 患者。腹膜機能の低下による除水不良のため血液透析に移行する目的で入院。CAPD カテーテル抜去後，11日目に発熱，嘔吐，腹部膨満感が出現した。CT にて腸管の著明な石灰化，多量の腹水を認め SEP を強く疑った。絶食，IVH 管理，CZOP の投与にて炎症所見は軽快したため，PSL 60 mg×3 日間の投与を施行した。しかし，ステロイドの反応なく腹水の貯留は顕著となった。日常の動作も困難となってきたため 2 週間に 1 回の腹腔穿刺を施行したところ，徐々に全身状態は改善し，流動食を開始。術後 119 日目に退院となった。本症例における SEP の発症は長期間の CAPD による腹膜劣化，それに伴う除水不全

の持続，続発性副甲状腺機能亢進症による異所性石灰化の合併が今回の誘因ではないかと思われた。

腎後性腎不全を呈した後部尿道弁の 1 例：山本茂樹，福原信之，古川 亨，辻 克和，田中國晃，網川常郎（社保中京） 日齢 9 の男児。生後血清 Cr 値徐々に上昇しバルーンカテーテル挿入されるも尿量少なくなり当院紹介。Cr 5.0 mg/dl，K 5.4 mEq/l，超音波，CT にて両側の著明な水腎，水尿管と膀胱壁の肥厚が認められた。左腎瘻造設術を施行，Cr 値低下し全身状態も改善した。排尿時尿道膀胱造影にて後部尿道弁が認められ，内視鏡にて Young 分類 1 型と診断された。経尿道的尿道弁切開術施行後，一時的な上部尿路変向として両側リング尿管皮膚瘻造設術を施行した。Cr 0.3 mg/dl に下降し退院。術後 3 カ月での尿管皮膚瘻造影では両側とも腎から下部尿管までの通過性は良好で膀胱への流出も認められた。術後 6 カ月の尿道膀胱鏡でわずかに弁の残存を認め再切開した。現在腎機能は良好であるが萎縮膀胱の予防と腎機能の長期にわたる経過観察が必要である。