

第244回日本泌尿器科学会東海地方会

2009年6月13日(土), 於 中外東京海上ビルディング

右腎細胞癌に合併した右副腎 **Ganglioneuroma** の1例: 成山泰道, 田口和己, 小林大地, 窪田裕樹, 山田泰之(海南) 60歳, 男性。主訴は無症候性肉眼的血尿。2009年1月に当院紹介初診となった。逆行性右腎盂尿管造影および IVP において上部尿路異常所見なく, CT にて内部が不均一に造影効果を有する直径 5.5 cm の右腎腫瘍および直径 3.5 cm の右副腎腫瘍を認めた。血液検査所見において内分泌学的異常所見なく, 右腎癌の副腎転移も考え2009年3月経腹的右腎摘出術施行した。副腎腫瘍は肉眼的に表面平滑で, 断面は充実性の腫瘍で均一な白色を呈していた。周囲との癒着は認められず病理結果は RCC (clear cell, pG2, INF β , v-, pT1b) および右副腎 Ganglioneuroma であった。術後10日目で退院し, 現在外来経過観察中である。

腎癌と食道癌腎転移の併存した1例: 山田佳輝, 高木公曉, 宇野雅博, 米田尚生, 藤本佳則(大垣市民) 当院外科で食道癌手術のため精査中に右腎腫瘍指摘され紹介, 右腎中極に長径 2 cm の腫瘍を認め右腎癌 T1a であり経過観察とした。2008年1月に右開胸食道亜全摘・リンパ節郭清施行, 術後の胸部 CT で左反回神経周囲リンパ節に再発認め放射線治療・化学療法施行。2008年10月の CT では右腎中極の腫瘍は不変で, 下極に約 3 cm の境界不明瞭な腫瘍の出現を認め加療すめたが希望されず経過観察, 12月には中極の腫瘍は変化認めないが下極の腫瘍は約 5 cm に増大を認め, 下極の腫瘍は食道癌からの転移が考えられたため2009年1月に右腎摘出術施行, 術後経過良好。現在, 血液検査で Cre は1.5前後を推移し, リンパ節転移に対して化学療法が行われている。

腎細胞癌術後に発生した遺残尿管移行上皮癌の1例: 加藤大貴, 京野陽子, 田村啓多, 瀧口徹也, 松本力哉, 伊藤寿樹, 今西武志, 杉山貴之, 永田仁夫, 大塚篤史, 高山達也, 古瀬 洋, 栗田 豊, 麦谷荘一, 大園誠一郎(浜松医大) 85歳, 男性。2004年7月右腎細胞癌にて根治的右腎摘除術を施行, RCC, pT1a, G2 であった。2006年7月尿細胞診 class V を認め, 右尿管口付近に多発性膀胱腫瘍を認めた。2006年6月 TUR-Bt 施行し, 術後 BCG 膀胱注入療法を施行したが, 尿細胞診陽性は持続, 2007年11月 MRI にて遺残尿管拡張を認め, 逆行性尿管造影・生検にて遺残尿管癌と診断。2008年2月遺残尿管摘除術を施行し, UC, pT2, G3 であった。2009年1月同部再発を認め化学放射線治療を施行, 現在経過観察中である。腎細胞癌術後の遺残尿管から尿路上皮癌の発生は稀であり, 調べえた限り本邦9例目であった。

左脈絡膜転移を認めた右腎盂腫瘍の1例: 黒川寛史, 永田大介, 河合憲康(東市民), 丸山哲史(守山市民) 60歳, 女性。主訴は混濁尿。画像診断と細胞診により右腎盂腫瘍(径 6 cm)と診断。全身検索の結果, リンパ節転移, 肺転移に加え, 左脈絡膜転移も認めた。T3N2M1 の臨床病期 stage 4 と診断し, GP (ゲムシタビン, パクリタキセル) 療法施行。レジメンは, GEM 1,000 mg/m², PTX 110 mg/m² を day 1 に投与するもので1クールは2週間。化学療法開始時には左眼の視力が1.0から0.3に低下していた。2週間後には視力は0となった。しかし, 3クール目から左眼の視力が徐々に回復した。8クール経過し, 視力は化学療法開始時の0.3である。また原発巣は33%縮小し, 効果判定は NC である。尿路上皮腫瘍の脈絡膜転移は文献上15例あり, その中で腎盂腫瘍は2例のみである。自験例は3例目となる。

左腎を温存した後腹膜脂肪肉腫の1例: 山口朝臣, 上平 修, 平林裕樹, 守屋嘉恵, 木村恭祐, 深津顕俊, 吉川羊子, 松浦 治(小牧市民) 69歳, 女性。膀胱腫瘍, 右尿管腫瘍尿管部分切除術後の経過 CT にて左腎背側に嚢胞性腫瘍を認め, 腎嚢胞の診断で経過観察していたが1年後の CT で増大を認めたため手術目的で2009年2月に当科入院。術前の骨シンチで集積像を認めず, レノグラムでは左腎の機能低下を認めた。経腹的腫瘍摘除術試行し腫瘍壁を損傷することなく一塊として摘出可能であり左腎を温存した。摘出腫瘍重量は1,250 g, 肉眼的所見は 20 cm 大の分葉状の黄色粘液型の腫瘍であり, 病理診

断は mixed-type liposarcoma, WHO grade 2 であった。術前後で Cr, CCr およびレノグラムにおける左腎機能の改善を認めた。術後3カ月現在, 外来にて経過観察中で再発を認めていない。

後腹膜に発生した **Perivascular epithelioid cell tumor (PEComa)** の1例: 濱川 隆, 岡田真介, 伊藤尊一郎, 津ヶ谷正行(豊川) 51歳, 女性。2008年8月, 健康診断で胸部X線写真異常影を指摘され当院内科受診, CT にて左腎周囲の腫瘍性病変を認め当科紹介受診となった。CT で左腎頭側外側に, 腎上極に接する最大径 56 mm の腫瘍を認めた。同年11月後腹膜腫瘍として経腹的左後腹膜腫瘍摘除術, 左腎摘除術を施行した。腫瘍は Gerota 筋膜に包まれる形で腎上極と副腎の間に存在し, 腎, 副腎への浸潤は認めなかった。病理組織所見では紡錘型の細胞が束をなして錯綜し, 免疫染色で HMB45, α SMA, Vimentin 陽性, CD34, c-kit 陰性であった。以上より後腹膜発生の perivascular epithelioid cell tumor (PEComa) と診断した。術後経過は良好で, 術後7カ月経過した現在, 再発は認めていない。腫瘍径が 5 cm 以上あることから, 境界型病変にあたり, 今後も厳重な経過観察が必要である。

尿管 **MALT** リンパ腫の1例: 池上要介, 神谷浩行, 彦坂敦也, 岩瀬 豊(豊田厚生) 74歳, 女性。主訴は肉眼的血尿。初診時超音波にて右水腎症認めた。MRI 上, 右腎下極レベルの右尿管付近に 25 mm の腫瘍を認めた。右尿管癌を疑い, 右腎尿管全摘出術施行。病理組織診断は, 尿管原発の MALT リンパ腫。尿管原発の MALT リンパ腫は過去1例の報告のみ。術後3カ月経過した現在, 明らかな腫瘍の再発認めず。

後腹膜 **Paraganglioma** の1例: 山本晃之, 小嶋一平, 荒木英盛, 黒田和男, 田中篤史, 長井辰哉(豊橋市民) 43歳, 男性。2008年9月健診で後腹膜腫瘍を指摘され, 近医受診した。腹部 CT にて腎下極部の大動脈, 下大静脈間に 46×26 mm 大の腫瘍を認め, 3カ月後再検したが増大傾向なく, 精査目的で当院を紹介受診した。画像上, 十二指腸, 下大静脈と腫瘍の癒着を強く疑い, FDG-PET で同部位に高集積を認めたが他の部位に異常集積は認めなかった。腫瘍マーカーは CEA, AFP, CA19-9, PSA, β HCG は正常範囲内であり, 性腺外胚細胞腫瘍, 悪性リンパ腫など悪性腫瘍を否定できず, 2009年3月血管外科, 消化器外科と共同で経腹的後腹膜腫瘍摘除術を行った。術中激しい血圧の変動を認めたが腫瘍周囲の癒着は軽度であり, 血管, 腸管に損傷なく摘出可能であった。病理診断にて後腹膜 paraganglioma と診断した。

診断に難渋した限局性尿管炎の1例: 恵谷俊紀, 矢内良昌, 阪野里花, 坂倉 毅, 阪上 洋(江南厚生) 55歳, 男性。既往歴に急性骨髄性白血病, ウィルス性膀胱炎があり, 2006年のウィルス性膀胱炎罹患時から当科でフォローしていた。フォロー中, 顕微鏡的血尿尿が持続したため撮影した2008年4月の CT で左水腎症, 水尿管を認め, 左下部尿管腫瘍が疑われた。MRI 所見からは尿管腫瘍も疑われたが, 経腎ろうの尿管鏡では粘膜は滑らかで生検でも悪性像を認めなかった。尿管ステントは狭窄のため挿入不能で, これらの所見から診断的治療として, 2008年7月に左尿管部分切除, 尿管膀胱新吻合術を施行した。切除標本では粘膜下の炎症所見および壁肥厚を認め, 限局性尿管炎と診断した。術後3カ月時点の静脈性腎盂造影検査では水腎症は認めず, 検尿異常も消失した。

前立腺生検後に発症した前立腺膿瘍の1例: 吉田真理, 塩田隆子, 石田 亮, 錦見俊徳, 横井圭介, 小林弘明(名古屋第二赤十字) 56歳, 男性。PSA 5.6にて2009年3月26日前立腺生検目的にて入院。3月27日施行。翌日より発熱が出現。その後, 保存的治療にて経過観察するも改善なく, CT 検査にて前立腺膿瘍と診断。4月10日経会陰的ドレナージ術を行い, 一度症状改善みせるも再燃。穿刺培養に応じた抗生剤投与も臨床症状の改善なく, 4月20日経尿道的ドレナージ術を行った。その後臨床症状速やかに改善し経過観察中である。前立腺膿瘍は逆行性感染, 血行性感染, 前立腺生検に伴うものなどがあり, 糖尿

病患者などの易感染患者やバルーンカテーテル留置などが危険因子となる。診断は経直腸エコー、MRI、CTなどが有効であり直腸診による波動は触れないことが多い。治療は1.5 cm以下は抗生剤単独投与、それ以上は外科的ドレナージ術が必要といわれる。

前立腺生検を契機に前立腺結核と診断された1例：岡岡和徳、戸澤啓一、岩月正一郎、藤井泰善、神沢英幸、広瀬真仁、岡田淳志、小島祥敬、安井孝周、林 祐太郎、郡 健二郎（名古屋大） 71歳、男性。主訴は頻尿。11 mm 大の膀胱結石を認め、PSA 値は8.9 ng/mlと高値であった。経尿道的膀胱碎石術と同時に前立腺生検を施行。病理結果から結核による肉芽腫性前立腺炎と診断された。その後MRI検査にて前立腺部に嚢胞があった。治療として標準結核治療を行った。現在経過良好であり尿中PCRにおいても結核菌は陰性であった。性器結核は現在非常に稀な疾患である。BCG治療中に前立腺結核が認められることはしばしば見受けられるがそのような既往がない患者が前立腺生検にて発見された前立腺結核は非常に稀であり、本邦では報告されていない。

精索平滑筋腫の1例：井上 聡、辻 克和、鈴木晶貴、石田昇平、藤田高史、木村 亨、加藤真史、綿川常郎（社保中京） 65歳、男性。無痛性の左陰嚢内の腫瘍を自覚し、2008年7月当院受診。左精索に母指頭大で可動性良好な弾性硬の腫瘍を触知。血液生化学検査では腫瘍マーカーを含め異常は認められなかった。腫瘍は超音波検査にて一部モザイク状の低エコー像を示し、MRIではT1、T2ともに低信号域を呈する24×22×37 mmの充実性腫瘍を呈した。左精索腫瘍と診断。患者は高齢であり、腫瘍は精索血管と固着し、また悪性腫瘍も否定できないため、左高位精巣摘除術を施行。病理組織学的診断は平滑筋腫であり、発生源は血管平滑筋が考えられた。術後10カ月で再発を認めない。精索平滑筋腫は稀な疾患でわれわれの調べた限り自験例は本邦において17例目であった。本症例を含め、高位精巣摘除術は9例施行されていた。

精巣上体結核の1例：深谷孝介、大前憲史、内藤和彦、藤田民夫（名古屋記念） 72歳、男性。半年前からの右陰嚢内容の増大を主訴に受診。右精巣下部に接して硬い無痛性腫瘍を触知。軽度尿混濁を認めたが、尿培養は陰性。MRIでは右精巣下部に接する様にやや不均一な腫瘍影を認めた。精巣腫瘍が否定できず高位精巣摘除術を施行。病理検査で精巣上体結核と診断。ツベルクリン反応は強陽性でクオンティフェロンは陽性。尿中結核菌PCRは疑陽性、培養は陰性。また、喀痰結核菌PCR・培養は共に陰性であった。肺、尿路に明らかな病変は認めなかった。性器結核は、肺の初期病変から数年から数十年を経て出現する血行性転移感染症である。ツベルクリン反応やPCRなどの補助診断があるが、実際には術前診断が難しく病理所見で診断されることが多い。精索・精巣上体の腫瘍があり無菌性膿尿であった場合、性器結核を念頭に入れ診断を進めていく必要があると考えられた。

左陰嚢内に発生した間葉系腫瘍の1例：糠谷拓尚、日下 守、引地克、和志田重人、杉山大樹、森川高光、深見直彦、丸山高広、佐々木ひと美、石川清仁、白木良一、星長清隆（藤田保衛大） 51歳、男性。10年前より左陰嚢腫大を自覚するも放置。左陰嚢は超手拳大。腫瘍マーカーは正常範囲。左精巣腫瘍と診断し、左高位精巣摘除術を施行。腫瘍径15×9×8 cmで、摘出重量は690 g。病変の大部分は、陳旧化した癥痕様組織に置換されており、腫瘍細胞は全体の5%とごくわずか。本症例では、CD31・トロポモジュリンが陽性となり、腫瘍細胞の一部が、血管内皮細胞由来である可能性が示唆され、MIB-1も22%と高値であり、悪性腫瘍を示唆する結果となり、嚴重な経過観察が必要である。既存の疾患には当てはまらず精巣原発の間葉系腫瘍で、一部血管内皮細胞へ分化するlow grade sarcoma unclassifiedと考えた。

上行結腸癌 陰茎転移の1例：平林崇樹、犬塚善博、近藤厚哉、伊藤裕一、田中國晃（刈谷豊田総合） 62歳、男性。当院受診の9カ月前に上行結腸癌に対し、右半結腸切除を他院にて施行。S1N0M0。組織は中分化腺癌および粘液腺癌。術後5カ月で会陰部痛を生じ近医で抗生剤投薬を受けるが改善認めず当科紹介受診。陰茎根部に圧痛を伴う腫瘍を触れ、CEAおよびCA19-9上昇を認めた。針生検施行し不規則異型腺管からなる腺癌を認め上行結腸癌からの転移と診断。他に

転移巣を認めず陰茎全摘術を施行。病理は中分化腺癌および粘液腺癌であり上行結腸癌の転移として矛盾ない所見であった。術後腫瘍マーカーは基準値内まで低下した。転移性陰茎腫瘍について馬場らは原発巣は泌尿生殖器系が76%を占め、消化器系は14%と報告している。消化器系のほとんどは直腸原発である。自験例は大腸癌のうち直腸を除く結腸原発の陰茎転移として4例目と考えられた。

転移性腎カルチノイドの1例：加藤義晴、中村小源太、西川源也、吉澤孝彦、渡邊将人、勝田麗美、全並賢二、飛梅 基、成瀬克也、青木重之、瀧 知弘、山田芳彰、本多靖明（愛知医大） 56歳、男性。1998年に直腸カルチノイド切除術、1998年、2000年の2回、直腸カルチノイドの肝転移に対し切除術を他院にて施行。健康診断の超音波検査で左腎に径3 cm大の腫瘍を指摘され、2008年7月当科初診となった。精査の結果、腎癌を否定できずに2008年8月後腹膜鏡下左腎摘出術を施行した。病理検査では典型的なカルチノイド像を認め、さらに免疫染色ではsynaptophysin陽性、chromogranin A陽性、p53陰性であった。前医の病理所見も直腸、肝ともに同様であった。以上病理所見および既往歴より転移性腎カルチノイドと診断した。術後、11カ月経過しているが、再発を認めていない。転移性腎カルチノイドの報告は過去に肺から右腎に転移した1例のみであった。

Xp11.2転座腎細胞癌の1例：堀江恵吾、菊地美奈、佐藤啓美、三輪好生、横井繁明、仲野正博、江原英俊、出口 隆（岐阜大）、浅野奈美、広瀬善信（同病理）、田中祐吉（神奈川県立こども医療センター 病理科） 19歳、男性。肉眼的血尿、右側腹部痛の精査にて右腎腫瘍を認めた。造影CT、MRIを施行すると造影効果が弱く、腎透明細胞癌に特徴的な所見は認められなかった。腫瘍径のわりに症状が強く、悪性腫瘍も否定できなかったために腹腔鏡下腎摘出術を施行した。転座腎細胞癌の特徴とされる淡明な腫瘍細胞で構成された乳頭状構造を認め、免疫染色で抗TFE3抗体にて核の濃染を認めたことよりXp11.2転座腎細胞癌と診断した。T1bN0M0であり術後補助療法は行わず、術後8カ月経過するも再発、転移は認められていない。Xp11.2転座腎細胞癌は2004年に新たにWHO分類に加えられた腎腫瘍亜型で、小児に好発する。

腎皮膜下血腫を呈した腎盂癌の1例：守時良演、加藤利基、西尾英紀、廣瀬泰彦、秋田英俊、岡村武彦（安城更生） 45歳、男性。無症候性血尿を自覚し2007年10月近医泌尿器科を初診。尿路結石症と診断されたが、その後左側腹部痛を自覚するようになり2008年4月当科を初診した。尿細胞診は疑陽性であったが画像上は腎結石以外に異常所見を指摘できず外来で経過観察とした。その後も肉眼的血尿を数回認めたが、CTで左腎盂壁の軽度肥厚がみられたものの積極的に悪性腫瘍を疑う所見を指摘できなかった。しかし同年11月、急激な左側腹部痛を再度訴え、CTで左腎盂壁のさらなる肥厚に加え左腎被膜下血腫が指摘された。逆行性腎盂造影で腎尿管移行部に壁不整を伴う狭窄像がみられたが、分腎尿細胞診は陰性であった。経過から総合的に悪性腫瘍を否定できず、同意の下2009年2月左腎尿管全摘除術を施行、腎盂癌pT3N2M0と診断した。

集学的治療が奏効している尿管癌の1例：萩倉祥一、吉野 能、舟橋康人、萩倉美奈子、佐々直人、松川宣久、小松智徳、水谷一夫、山本徳則、服部良平、後藤百万（名古屋大） 55歳、男性。他院にて右下部尿管癌に対し右腎尿管摘除術施行されUC、G3、pT3pNxと診断。初回術後24カ月、右閉鎖リンパ節および仙骨前面リンパ節転移を認め、MVAC 3コース施行。新たな肺転移像を認め、GC 2コース施行。肺転移はGC療法で消失するも仙骨前面のリンパ節腫大は増悪。33カ月目に放射線治療50 Gyを施行。仙骨前面リンパ節転移は消失するも右閉鎖リンパ節のみ依然PD。初回術後38カ月で右骨盤内リンパ節郭清術施行。最終治療から26カ月進行性病変を認めていない。集学的治療により長期生存の尿管癌の1例を経験し、局所進行尿管癌において腎尿管摘除術と同時に所属リンパ節郭清を行う必要性と転移期尿管癌は、限られた症例において救済外科療法が生存に寄与すると示唆された。

悪性が強く疑われた後腹膜 Schwannoma の1例：杉山大樹、日下守、引地 克、糠谷拓尚、森川高光、深見直彦、丸山高広、佐々木ひと美、石川清仁、白木良一、星長清隆（藤田保衛大）、杉谷 篤（同臓器移植再生医学） 79歳、男性。主訴は右背部痛。2009年3月右背

部痛が出現。エコー上総腸骨動脈瘤が疑われ当院紹介受診。CT上、右腎下極レベルの後腹膜に8×7×7 cmの一部造影効果があり内部不均一の腫瘍性病変を認めた。腫瘍でIVC、尿管は腹側へ圧排。また腸腰筋との境界は不明瞭であり浸潤を疑い、右総腸骨動脈は4分の3周で腫瘍に接しており動脈を巻き込むような形で存在し浸潤を疑った。以上より術前画像上、悪性神経原性腫瘍、MFH、横紋筋肉腫などを疑い摘出術を施行した。病理所見では良性神経鞘腫、Antoni A型、B型の混合型と診断。予後は一般的に良好であるが病理学的に良性と診断されながら再発した例や悪性化例も報告されており厳重な経過観察が必要であるとする。

尿閉のみを症状とする脳梗塞の1例：野尻佳克、岡村菊夫、大菅陽子（国立長寿医療セ） 57歳、男性。糖尿病、高血圧、脳梗塞後遺症による左片麻痺で近医通院中。入院6日前に排尿困難が出現し、翌日近医で尿道カテーテル留置。入院3日前にカテーテルを抜去したが、排尿困難は持続。近医にて1,100 ml導尿。当院紹介され入院。血液検査にて腎不全および炎症反応の上昇を認めたが、補液、CFDN、間欠導尿で改善した。前立腺は小さく、頭部CTでも異常なし。薬剤の使用なく、ADLの低下もなし。原因不明の尿閉であり、UDSおよびMRIを行った。UDSでは排尿筋低活動の所見。MRIで橋背側にCTで指摘できなかった新しい脳梗塞が発見された。自己導尿を習得後退院し、約1カ月で自排尿回復した。進行性の疾患でなければ、症状のない神経疾患を診断する意義は少ないが、尿閉の原因を知ることは自排尿回復の可能性を検討する上で有用である。

骨盤内に発生した孤在性線維性腫瘍の1例：安藤亮介、佐々木昌一、柴田泰宏、小林隆宏、新美和寛、水野健太郎、梅本幸裕、橋本良博、戸澤啓一、林祐太郎、郡健二郎（名古屋市大） 71歳、男性。排尿困難を訴え、当科初診。尿流測定後に施行した超音波検査にて、骨盤内に10 cm大の腫瘤を認めた。MRI上、前立腺左葉を発生部位とする、間葉系悪性腫瘍が疑われた。全身検索にて遠隔転移を認めず、手術施行。腫瘍は直腸壁と癒着しており、直腸合併切除し、腫瘍摘出した。病理組織上、短紡錘形腫瘍細胞が密に増殖しており、紡錘形細胞肉腫と診断。腫瘍は前立腺との連続性を認めず、前立腺直腸間の軟部組織発生と考えられた。免疫染色にてCD34、Bcl-2、CD99陽性であり、孤在性線維性腫瘍と診断された。手術後3カ月経過し、再発・転移を認めていない。骨盤内軟部組織から発生した孤在性線維性腫瘍は稀であり文献上10例目であった。

ドセタキセル、ゾレドロン酸およびデキサメサゾン併用療法が著効した前立腺癌の1例：三木学、山田泰司、佐々木豪、岩本陽一、舩井寛、長谷川嘉弘、神田正輝、曾我倫久人、木瀬英明、有馬公伸、杉村芳樹（三重大） 61歳、男性。前立腺癌 cT2bN0M1b（PSA: 3, 689 ng/ml, poorly GS: 5+4）に対してホルモン治療を2年半施行したが抵抗性となり、ドセタキセル、ゾレドロン酸、デキサメサゾンによる化学療法を施行。2コース投与後PSAは0.03 ng/mlとなり、デキサメサゾンの継続のみにて、1年半再燃を認めていない。ホルモン抵抗性前立腺癌に対しては、ドセタキセルを中心とした化学療法がよく行われるが、PSAが基準値以下になる症例は稀と思われる。今回われわれは、ドセタキセル、ゾレドロン酸およびデキサメサゾン併用療法が著効した前立腺癌の症例を経験したので報告した。

自然治癒した特発性左精巣静脈血栓症の1例：京野陽子、高山達也、田村啓多、加藤大貴、瀧口徹也、松本力哉、伊藤寿樹、杉山貴之、永田仁夫、今西武志、大塚篤史、古瀬洋、栗田豊、麦谷莊一、大園誠一郎（浜松医大） 41歳、男性。主訴は左鼠径部の有痛性腫瘍。家族歴や既往歴に特記事項なし。一般検査成績や各種腫瘍マーカーに異常なし。左陰囊から鼠径部にかけて8.0 cmの腫瘤を触知。精巣、精巣上体、前立腺および対側の陰嚢に異常所見なし。超音波ドップラー検査で左精巣静脈の血流なく血栓症が疑われた。CTやMRI、T1強調画像や拡散強調画像所見も血栓症を示唆した。外傷、性感染症、悪性腫瘍の既往や血栓形成素因を認めず、特発性左精巣静脈血栓症と診断した。諸家の文献報告に準じて慎重に経過観察を続けた。1カ月後には血栓は明らかに縮小し、3カ月後には完全に消失し、自然治癒と判断した。1年経過した現在、再発を認めていない。

思春期早発症を合併した小児精巣腫瘍の1例：中根慶太、高橋義人、萩原徳康、谷口光宏（岐阜県総合医療セ）、**今村淳**（同小児科）、**山崎英子、岩田仁**（同病理） 7歳、男児。5歳頃より陰毛の発現、変声を認め、思春期早発症と診断された。左精巣腫大にて当科受診。左精巣は超母指頭大、弾性硬であり、MRI上同部位に境界明瞭な占拠性病変を認めた。血中LHおよびFSHは低値、テストステロンは高値。悪性腫瘍を否定できず、左高位精巣摘除術施行。術後テストステロンは低下し、LH、FSHは正常化した。また、身体症状も軽快した。病理診断はLeydig細胞腫であった。Leydig細胞腫は成人の精巣腫瘍の1～3%を占め、小児精巣腫瘍の3%を占めるとされている。さらにその10%は悪性の可能性があり、注意が必要であると考えられた。