

第230回日本泌尿器科学会東海地方会

(2005年12月11日 (日), 於, 中外東京海上ビルディング)

ペリニ管癌の1例: 山田泰司, 大西毅尚, 西川晃平, 長谷川嘉弘, 曾我倫久人, 金原弘幸, 有馬公伸, 杉村芳樹 (三重大), 鈴木竜一, 日置琢一, 村田哲也 (鈴鹿中央) 症例は38歳, 男性. 主訴は感冒様症状. 2005年4月18日近くの総合病院受診, 精査にて左腎腫瘍, 多発性肺腫瘍が認められたため5月18日腹腔鏡下根治的腎摘術施行. 病理組織結果がペリニ管癌であったため, 化学療法目的にて当科転院, Gemcitabin 1,000 mg/m を1, 8, 15日目に, Cisplatin を1日目に投与する化学療法を開始した. 6コース終了時の腫瘍径の評価ではNCを維持していたが, 胸水の出現が認められPDとされた. 最近, Paclitaxel や Gemcitabin などの抗癌剤がペリニ管癌にも使用されつつあり, PR の報告も見られるようになった. 本症例も, Gemcitabin にて腫瘍径の変化ではNCであったため現在7コース目を継続中である.

腎紡錘細胞癌の1例: 吉田将士, 今井 伸, 杉山貴之, 工藤真哉 (聖隷浜松) 73歳, 男性, 右腎部痛を主訴に当院整形外科受診. 単純X-Pにて右骨盤・右大腿骨・腰椎に溶骨性変化を認め, 多発性骨転移を疑い, CT ガイド下骨生検を施行. 病理にて転移性悪性腫瘍と診断. 腹部CTにて右腎腫瘍指摘され, 当科受診となった. ガリウムシンチ・消化管検査にて特に異常なく, PETにて同部位にのみuptake が認められたため, 右腎生検を施行した. 病理にて肉腫様の細胞を認めたため, 右腎腫瘍の多発性骨転移と診断した. 右腎部痛の増悪と歩行障害が認められたことより, 化学療法(シスプラチン・イホスファミド)・放射線療法を施行後, 後腹膜鏡下右腎摘除術を施行した. 病理にて紡錘細胞癌と診断された. 術後化学療法を追加し退院となった. 術後3カ月で多発性骨転移増悪, 術後8カ月で右癌性胸膜炎・多発性肺転移出現したものの, 術後16カ月経過し, 現在生存中である.

腎細胞癌との鑑別が困難であった多房性腎嚢胞の1例: 遠藤純央, 伊藤尊一郎, 津ヶ谷正行 (豊川市民) 67歳, 男性. 2005年2月, 痛風発作にて近医受診しCTを施行. 左腎腫瘍を認め当科初診. 腹部CT上, 左腎に8cm大の石灰化を伴う腫瘤を認めた. 単純CTでは内部は不均一, 造影CTでは明らかな造影効果は認めなかった. 多房性嚢胞状腎癌, あるいは多房性腎嚢胞と考え, 患者に画像上, 悪性腫瘍の可能性が否定できないこと, また腫瘍サイズが大きく自然破裂の危険性があることを説明. 同意の上, 2005年4月経腹的左腎摘除術を施行した. 摘出標本は中央部から上極に8センチの多房性の嚢胞性腫瘍を認め, 被膜は非常に硬く, 内部は出血や壊死, 嚢胞が混在していた. 病理学的検査では, 硝子化を伴う高度な繊維化, 出血, 壊死, 石灰化, 炎症細胞の浸潤を認めるが悪性所見は認めないという結果であった.

腎部分切除術を施行したTubulopapillary adenomaの1例: 中根慶太, 柚原一哉, 蟹本雄右 (掛川市立総合), 新村祐一郎 (同病理) 78歳, 男性. 膀胱癌再発の精査目的で施行した腹部造影CTにて右腎下極に径10mmの腫瘍を認めた. 諸検査から右腎癌cT1aN0M0と診断. 腰部斜切開の上, 右腎部分切除術を施行した. 病理診断はtubulopapillary adenomaであった. Tubulopapillary adenomaは腎腺腫の一型で多数切片を作成した剖検例ではその20%以上に認められるとされ, 小径の良性腫瘍とされている. 臨床的に問題となる症例は佐藤ら, 濱本らの報告に加え本邦では59例が報告されている. 高分化型の腎癌との鑑別が困難な場合もあり, 腎癌の異時性発生の報告例もあることから, 術後も慎重な経過観察が必要と考えた.

側腹部痛を契機に発見された小児腎腫瘍の1例: 田口和己, 原 嘉孝, 岡田淳志, 神谷浩行, 山田泰之 (厚生連海南) 11歳, 男児. 2005年10月12日に旅行先にて右側腹部痛が出現. 一旦軽快するも再び疼痛出現したため, 10月13日当院受診. 画像診断にて右腎に約12×7.5×8cmの腫瘍を認め, 根治的右腎摘除術を施行. 腫瘍は内部に変性壊死や出血を一部認めたが充実性であった. 病理組織学的所見では, 腫瘍細胞は境界不明瞭で形質は明るく, 核の大きさは一定で類円形細胞であった. 免疫染色においてvimentinにより濃染されたが,

cytokeratin, EMAでは濃染されなかった. 以上よりstage2の腎clear cell sarcomaと診断. 過去6年間の本邦報告例では9例目で, 年齢は生後1カ月から4歳であったが, 自験例は11歳と稀なcaseであった.

腎細胞癌と腎オンコサイトーマのComposite typeであった1例: 小川将宏, 塩田隆子, 石田 亮, 錦見俊徳, 山田浩史, 横井圭介, 小林弘明 (名古屋第二赤十字) 症例は75歳, 女性. 2005年7月19日頃より嘔吐を繰り返し, 当院救急外来を受診. CTにて, 右腎に約9cm径の不均一に造影される類円形の腫瘍性病変を認めた. 内部には, 造影されない放射状の低濃度領域を認めた. 明らかな転移は認めなかった. 腎癌を疑い, 2005年10月14日, 右腎摘出術を施行. 肉眼的には被膜を有し境界明瞭かつ充実性, 局面は黄褐色調で内部に軽度の出血と繊維性の組織構築を認めた. 病理組織学的には, オンコサイトーマと嫌色素細胞癌のcomposite typeにオンコサイトーシスを合併していた. 乳頭状腺腫とPNも認められた. オンコサイトーマと嫌色素細胞癌のcomposite typeに関し, 初発症状, 頻度, 鑑別診断, 予後, composite typeを呈した理由などにつき, 若干の文献的考察を加え報告する.

Von Hippel-Lindau 病 (VHL 病) に合併した腎細胞癌の3例: 大菅昭秀, 松川宜久, 小松智徳, 佐々直人, 吉野 能, 吉川羊子, 山本徳則, 後藤百万, 服部良平, 小野桂成 (名古屋大) VHLに合併した腎腫瘍に対して, 腹腔鏡下腎摘除術, 体外腫瘍核出, 自家腎移植術を施行した2例ならびに片腎症例であり, 腹腔鏡下腎部分切除術を行った1例を経験した. 経過は順調であり, 腫瘍の再発は認めていない.

膀胱タンポナーデを起こした巨大腎動静脈奇形の1例: 久保田恵章, 土屋朋大, 亀井信吾, 江原英俊, 高橋義人, 出口 隆 (岐阜大), 五島 聡, 兼松雅之 (同放射線) 患者: 40歳, 女性. 2003年より度重なる肉眼的血尿を認めていたが, 2005年4月下旬, 膀胱タンポナーデとなり, 近医泌尿器科受診した. 膀胱鏡にて凝血塊除去術および膀胱内の観察を行い, 右尿管口からの出血を認めた. 右上尿路路の精査目的にて, 2005年5月16日, 当科初診した. 造影3D-CTにて右腎下極の巨大腎動静脈奇形と診断した. 2005年7月14日, 経皮的に塞栓術を施行した. 塞栓物質として無水エタノールが無効であったため, N-butyl 2-cyanoacrylate (NBCA) 使用にて頭側枝を塞栓した. 2005年7月19日, 再度塞栓術にて尾側枝を塞栓した. 術後, nidus はほぼ完全に消失し, 血尿も改善した.

後腹膜原発のPrimitive neuroectodermal tumor (PNET) の1例: 春日井 震, 舟橋康人, 木村恭祐, 深津顕俊, 上平 修, 松浦治 (小牧市民), 加藤範夫 (加藤医院) 54歳, 女性. 2005年7月, 左大腿・膝の痛みのため, 当院を受診. 疼痛が強いため, 精査目的で入院した. CTで後腹膜腔に左腎を圧排する18.0×14.5×13.0cmの腫瘍を認めた. 腫瘍マーカーは, LDH 798 U/L, NSE 100 ng/mlと上昇を認めた. 後腹膜腫瘍の診断で, 摘出術を施行した. 左腎に浸潤があり, 左腎摘除術も同時に施行. 摘出腫瘍は重量2,040g, 所々に壊死組織を伴う茶褐色の軟部組織で構成されていた. 免疫染色CD99陽性であり, PNETと診断した. 術後21日目に退院. しかし55日目に再発. 腹膜播種を認め, 60日目に死亡した. 後腹膜原発のPNETは非常に稀で, 本邦10例目の報告である. 若干の文献的考察を加え報告した.

下大静脈腫瘍血栓を伴った副腎癌の1例: 青木高広, 永田仁夫, 原田雅樹, 大塚篤史, 新保 斉, 鶴 信雄, 古瀬 洋, 麦谷荘一, 牛山知己, 鈴木和雄, 大園誠一郎 (浜松医大), 沖 隆 (同内分泌内科) 25歳, 女性. 2005年4月左背部痛, その後, 嗟声, 体幹部挫創, 顔面紅潮, 腹痛が出現. 後腹膜腫瘍を指摘され, 7月近医より紹介. ACTH低値で, cortisolなどの副腎皮質ホルモンが高値であった. 画像上, 径15cmの左副腎腫瘍, 下大静脈血栓, 多発肺・肝転移を認め, 副腎癌T3N0M1(取り扱い規約)と診断. 8月15日経腹的左副

腎・左腎摘除術，下大静脈血栓合併切除術を施行．重さ 1,275 g，腫瘍の大きさは 13.5×13.5×9 cm で，病理診断は副腎皮質癌であった．術後，ミトタン+デキサメサゾン，CDDP+etoposide 併用化学療法などの集学的治療により，ホルモン値は正常化し，局所再発なく，肝転移，肺転移は縮小中．副腎皮質癌は予後不良例が多く，今後とも厳重な経過観察が必要である．

膀胱全摘出術後の両側腎盂癌の 1 例：増栄孝子，山田佳輝，宇野雅博，米田尚生，藤本佳則（大垣市民） 74歳，男性．主訴は肉眼的血尿．膀胱癌と診断し TUR-Bt を施行したが再発を繰り返した．約 1 年間で計 5 回の TUR-Bt を施行するも膀胱内に多発再発をきたしたため，膀胱全摘除術+回腸導管造設術を施行（UC，G3，pT1，pN0，ur0，ew0，ly0，v0）．全摘除術から約 1 年後，左腎盂癌と診断し左腎尿管全摘術を施行した（UC，G3，pT1，INFβ，ew0，ly1，v0）．数ヵ月後には右腎盂癌も認め右腎尿管全摘術を施行し（UC，G2>3，pT1，INFα，ew0，ly0，v0），現在維持透析中である．上部尿路癌に続発する膀胱癌の発生頻度に対し，膀胱癌に続発する上部尿路癌の発生頻度は低い．後者の発生原因や高率に発生する因子などに関し，文献的考察を加えて報告する．

孤立性肺転移を生じた膀胱癌の 1 例：下地健雄，平野篤志，藤田高史，木村 亨，辻 克和，加藤真史，絹川常郎（社保中京） 68歳，男性．2003年 6 月に膀胱腫瘍が見つかり TUR-Bt し TCC，G2>G3，pT1．同年 9，12 月再発認め，TUR-Bt しともに TCC，G2．その後再発はなかったが，2004年末より血痰出現．2005年 3 月胸部 X-p にて左肺門部に径 5 cm 程の腫瘍性病変あり．同年 6 月左肺上葉切除術行い病理にて TCC，初回の膀胱癌の転移と判明．MVAC 2 クール行い再発を認めていない．表在性膀胱癌は新しく膀胱癌と診断される患者の 70～80% を占める．ただし pT1 の患者の 8% でリンパ節転移陽性であり pT1，G2～3 の患者 496 例中 2 例で肺転移を認めた．また pT1 以下の 205 例中 4 例で転移を認めたとの報告あり．High risk 症例では転移の危険性を考えておく必要があると思われます．

透析腎癌の膀胱転移の 1 例：大前憲史，内藤和彦，泉谷正伸，藤田民夫（名古屋記念），西山直樹（西山クリニック） 56歳，男性．30 歳から透析を導入し，2005年 2 月右腎腫瘍に対して右腎摘除術施行．病理結果は RCC，mixed type であった．同年 5 月末頃より血尿があり膀胱鏡で右尿管口付近に表面平滑な非乳頭状隆起性腫瘍を認めた．同年 7 月 8 日 TUR-Bt を施行．病理結果は腎癌の膀胱転移であった．その後も依然血尿が続く膀胱鏡および MRI で今度は右尿管口と左側壁に膀胱腫瘍を認めた．胸部部の CT および骨シンチでは他臓器に転移を認めなかった．同年 9 月 16 日 TUR-Bt を施行したが腫瘍を切除しきれなかったため，同年 10 月 5 日単純膀胱全摘術+残尿管切除術を施行した．病理結果はやはり腎癌の膀胱転移であり，右尿管の腫瘍では粘膜のみに悪性細胞を認めた．今回の転移の経路として尿流性の implantation が疑われた．

BCG 膀胱注入後に発症した Reiter 病の 1 例：篠原 聡，白木良一，彦坂和信，伊藤 徹，森 紳太郎，丸山高広，佐々木ひと美，宮川真三郎，日下 守，早川邦弘，星長清隆（保衛大） 症例は 61 歳，女性．多発膀胱腫瘍に対し TUR-BT 施行．病理は TCC，G2，pT1 であった．BCG 膀胱療法を開始．4 回終了時から軽度排尿時痛出現し，7 回終了後両膝関節，両手指関節の腫脹，疼痛が出現．NSAIDS 内服にもかかわらず症状の増悪認め，起立，歩行，自己での食事摂取不能となり入院となる．検査では炎症反応の上昇（CRP 25.4 mg/dl），膿尿を認めた．BCG 膀胱後膿尿に引き続く多発関節炎が出現したことから Reiter 病と診断した．治療は，BCG 膀胱療法の中止，ソルメドロール 500 mg による 3 日間のステロイド・パルス療法およびその後ステロイド維持療法を開始した．徐々に症状改善し，治療開始 78 日の現在関節炎の再燃，膀胱腫瘍の再発は認めていない．

頻尿にて発見された小腸腫瘍（GIST）膀胱浸潤の 1 例：菅原 崇，原田吉将，鄭 漢彬（長浜赤十字） 77歳，男性．全身倦怠感・血便にて当院内科受診．貧血の精査を行うも原因不明．同時に頻尿を認めたため当科紹介．腹部 MRI にて膀胱底部に 6×4×4 cm の腫瘍をみとめた．後腹膜腫瘍を疑い経陰陰的針生検施行．標本は c-kit 免疫染色陽性で消化管間質腫瘍（GIST：gastrointestinal stromal tumor）が疑われた．消化管由来の GIST の膀胱浸潤と診断し 2004年 12 月 17 日，

腫瘍摘出術施行した．術中所見では腫瘍は小腸原発と考えられ，膀胱とは一部癒着・浸潤していたため膀胱筋層を一部含め小腸部分切除を行った．病理組織検査にて小腸原発の低悪性度の GIST と診断された．術後 1 年を経過した現在再発は認めていない．GIST の尿路系への浸潤症例の報告は本邦でも稀である．

膀胱子宮内膜症の 1 例：森川 愛，坂元宏匡，東 新，西尾恭規（静岡県立総合） 子宮頸部円錐切除の既往のある 31 歳，女性．2 年前より排尿時痛，頻尿，下腹部痛が出現し周期的に症状の寛解増悪を繰り返した．2005年 6 月 13 日近医受診，超音波で膀胱に明らかな所見はなかったが 3 日後に疼痛が増悪．再度超音波施行し膀胱底部に径 1.5 cm の隆起性病変，膀胱鏡で粘膜下腫瘍を認め当科受診．腹部超音波，造影 CT にて左卵巣と膀胱後壁に嚢胞状の腫瘍を認め膀胱子宮内膜症と診断．TUR 施行，チョコレート様の内容物を含む径 3 cm 大の粘膜下腫瘍であった．組織学的に子宮内膜症の所見であった．一時症状は消失したが術後 4 カ月の時点で月経時の排尿時痛が出現した．経尿道的切除での根治は困難であり現在 GnRH agonist を使用中である．本症例は月経周期に一致する下部尿路症状を呈し，超音波断層法による経時的変化が診断に役立った．

TVT 手術後の膀胱びらんの 2 例：加藤久美子，奥村敬子，古橋憲一，鈴木弘一，吉田和彦，村瀬達良（名古屋第一赤十字） 症例 1 は 53 歳，女性．Stamey 手術で膣壁，膀胱びらんを起こした重症 ISD 症例で，2002年 11 月 TVT 手術を施行．術後 6 カ月の膀胱鏡でびらんを疑い，尿失禁も再発．2004年 1 月再度 TVT 手術とメッシュ露出部の内視鏡的切除．尿禁制を得たが，露出部は膀胱頸部に近く，はさみ型鉗子での切除は不十分．膀胱刺激症状が悪化し，2005年 10 月 Lithoclast で併発した膀胱結石を破碎し，露出部を TUR した．症例 2 は 62 歳女性．2005年 6 月 TVT 手術を他院で施行．右腹壁創と膣の痛みで膀胱びらんを発見．10 月メッシュテープを経膣的に恥骨後面に沿って剥離し，右半分 11 cm を摘除した．両例で症状は消失し，びらん治癒を膀胱鏡で確認した．TVT 手術後の膀胱びらんは少ないが，念頭に置く必要はある．露出部の内視鏡的切除に加え，経膣的，経腹的摘除も選択肢として考慮される．

膀胱内イヤホンの 1 例：内木 拓，永田大介，河合憲康，安藤 祐（名古屋市立東） 患者は 54 歳，男性．3 日前泥酔時に尿道内に異物をいれた様子とのことで，下腹部痛を主訴に来院．既往歴は右肩腱断裂．合併症は特になし．KUB にて膀胱内に混線した尿道まで伸びる異物を確認．採血上明らかな炎症所見なし．軟性鏡にて経尿道的に抜去試みるも，疼痛激しく中止．後日仙骨硬膜外麻酔下尿道膀胱異物摘除術施行．尿道内の断端を確認し，膀胱内まで到達し，混線した直前の部位を把持して摘除行った．摘出標本はイヤホンであった．

局所前立腺癌に対する IMRT（強度変調放射線治療）の検討：秋田英俊，橋本良博，戸澤啓一，郡 健二郎（名古屋市大），馬場二三，八芝本雄太（同市大量子放射線医学分野） [目的] IMRT は，正常部分の線量を抑えつつ，病巣部に線量を集中させる画期的な照射法である．局所前立腺癌に対し IMRT を経験したので検討した．[対象] 13 症例．年齢 68.31（56～75）歳，PSA 20.73（2.96～189.21），T1c 4，T2 6，T3 3 例 Gleason score 6 以下 6 例，7 5 例，8 以上 2 例であった．[結果] 全例 74～78 Gy（76.6 Gy）施行し，早期有害事象は grade 1 の膀胱障害が 6 例，grade 1 の直腸障害が 4 例であった．膀胱直腸障害とも認めたものは 4 例，両者とも認めなかったものは 7 例であった．現時点では，全症例 PSA 低下を認めている．[考察] IMRT は従来の照射法に比べ，照射量を増加しても，有害事象は軽微であり，有用な方法であると考えられた．

精巣に転移した形質細胞腫の 1 例：神沢英幸，濱本周造，水野健太郎，加藤 誠，岡村武彦（安城更生） 症例は 46 歳，男性．2003年 9 月，右鼻出血主訴に耳鼻科受診，右鼻腔内に副鼻腔にまで浸潤する腫瘍を認め，生検にて右鼻腔内形質細胞腫と診断された．血液内科で放射線療法・化学療法（VAD 療法）3 コース施行し部分寛解，外来経過観察されていた．2005年 4 月，左精巣腫大を自覚し当科受診．血液・生化学検査に異常所見を認めず，左陰嚢内の硬性小鶏卵大腫瘍は，エコーにて内部不均一充実性であった．左精巣腫瘍と診断し，同日，左高位精巣摘除した．腫瘍は 56×36×35 mm，正常精巣組織は確認されず，断面は多発結節状を呈していた．病理組織は形質細胞腫

であった。引き続き、血液内科で VAD 療法施行したが、術後 6 カ月、右大腿部痛出現。骨髓生検にて右大腿骨腫瘍再発と診断され、再度 VAD 療法施行予定となっている。

特別企画

会陰式前立腺全摘除術のコツと落とし穴―術野の展開と膀胱尿道吻合の改良―：白木良一，星長清隆（保衛大） 会陰式前立腺全摘除術は侵襲面では比較的軽微な手術法であるが、狭い視野での術野の展開に問題がある。また膀胱尿道吻合部にリークが認められた場合には尿管が形成されこれが遷延化する。リークが発生すると術後のカテーテル留置および入院期間を延長させる。これらの点につき以下のごとく改善することにより手術時間、出血量および術後経過が均一化するようになっている。まず術野の展開には Thompson Retractor が、特に直腸の下方への圧排において有効である。術野の展開および保持が的確かつ十分に可能であるのは各種開創器のうちでも Thompson RetractorTM においてのみ可能であった。また、膀胱尿道吻合には、ほぼ全周に渉る連続縫合と後面（6° 方向）での縫合追加などによりほぼクリニカル・パスに沿った術後管理が可能となった。

前立腺全摘除術における膀胱・尿道吻合のコツと落とし穴―マニセプス使用の工夫：瀧 知弘，山田芳彰，青木重之，中村小源太，成瀬克也，飛梅 基，本多靖明（愛知医大） 当科では根治的前立腺全摘除術での膀胱尿道吻合を深部縫合結紮器のマニセプスを使用している。（1）持針側の糸を指にかけ軽く緊張させ、（2）膀胱を頭側に牽引し、骨盤腔を広く展開、（3）助手が尿道内に 20 Fr のブジーを挿入しブジー先端と受針側を接触させ、（4）助手がブジーをゆっくり引き抜くのと同時に受針側を尿道内に押し込む。当科では 4 点吻合している。尿道断端が短めになった症例でも問題なく、どの方向にも容易に運針可能で、能率的で容易、かつ確実に膀胱尿道吻合が行えた。平均吻合時間は 8 分。バルンは 10 日目に造影し抜去。尿失禁が 1 例、吻合部閉塞は 41 例。根治的前立腺全摘除術の膀胱尿道吻合でのマニセプス使用は安全かつ容易で、確実に膀胱尿道吻合が行える有用な方法である。

前立腺生検のコツと落とし穴―12 カ所生検から Saturation 生検へ―：小島宗門，廣田英二，増田健人，矢田康文（名古屋泌尿器科），早瀬喜正（丸善ビルクリニック） 当院では、1995 年から経会陰的前立腺 12 ケ所生検（12Bx）を開始し、2001 年からは再生生検として Saturation 生検を行っている。初回生検として行った 12Bx の癌検出率は 31.2%（380/1217）で、6 ケ所生検（6Bx）を行ったと仮定した場合の癌検出率 27.3%（332/1217）に比べ有意に向上していた（ $p < 0.05$ ）。血清 PSA 値別の検討では、PSA 4~10 ng/ml のグレーゾーンでのみ、癌検出率に有意差が認められた（21.4% vs 15.6%）。一方、再生生検として Saturation 生検を行った 74 例では、癌検出率は 28.4%（21/74）と比較的高値であった。以上から、6Bx ではかなりの癌を見落とすことになり、初回生検から 1 多数カ所生検が必要と思われた。

さらに再生生検では、Saturation 生検といったより積極的な生検法が望ましいと思われた。

軟性膀胱鏡検査・処置のコツと落とし穴：高橋義人，横井繁明，出口 隆（岐阜大） われわれは、1997 年にオリンパス社製 EVIS 200 を導入し、外来診療での膀胱尿道内視鏡検査は軟性膀胱鏡を原則としてきた。その後 2004 年 1 月からは同じくオリンパス社製の VISERA システムと、CYF-VA を導入している。膀胱尿道内視鏡検査のみならず、内視鏡下生検術、膀胱粘膜出血に対する電気凝固術、尿管ステント留置術および抜去術など硬性鏡で行う検査処置を同様に行うことが可能である。体位は、男性は仰臥位、女性は、左足のみを碎石位用の足台に乗せて検査を施行している。男女ともに麻酔は不要である。術者は、被験者の右にたち、内視鏡挿入は内視鏡を右手に持って行っている。尿道膀胱内の観察のみであればそのまま続けるが、何らかの処置を行うときは、内視鏡を左手に持ち替え、カテーテル操作、鉗子操作を右手で行っている。これらの手技のコツを供覧した。

尿路結石症治療のコツと落とし穴（TUL を中心に）：加藤貴裕，加藤研次郎（四日市社保），有馬公伸，杉村芳樹（三重大） 1996 年 8 月から 2005 年 10 月までの間に経験した TUL 169 例の経験をもとに、手術のコツのようなもの、われわれが留意していることを報告した。1) 碎石位をとるとき、反対側の大腿は体幹に対し水平以下の位置になるようにする。2) 硬性鏡先端のチャンネルの位置関係を十分把握すること。3) 生理食塩水は加圧バッグにて加圧しておく。4) 嵌頓結石の場合は、結石の真ん中を砕いて、まず結石より上部の尿管に先端を進め、その後、嵌頓部に癒着している破砕片を剥離する。5) 嵌頓していない結石の場合は、還流水を出来る限り流さず、出血しないように留意して少しずつ破砕する。6) ブローベの角度は尿管に対して 40 度以下。7) 断裂する可能性があるため、尿管用ブローベの使用回数は 20 回を目安に。

無精子症患者に対する採精のコツと落とし穴：佐々木昌一，金子朋功（名古屋大） 手術用顕微鏡を用いることにより従来治療不可能であった無精子症患者からも採精が可能となっている。閉塞性無精子症に対する MESA では、少ない穿刺回数で可能な限り多くの精子を血球成分の混入を最小限で得るため、なるべく抹消で太い精巣上体管をツベルクリン針で穿刺し、吸引せず精巣上体を圧迫し採み出すように精子を採取している。また Microdissection (MD)-TESE では必要十分な精子を血管損傷を避けて最低限の組織採取で得るため、太く、白濁し、蛇行した精細管を 1 本ずつを引き抜くように行っている。当院で MD-TESE を行った高度精巣萎縮非閉塞性無精子症患者 9 例中 8 例で採精可能であり合併症は認めなかった。採精しえた最小精巣はクライネフェルター症候群の患者で 1.8 ml であった。採精に当たっては前述の事項に注意し、あきらめずに根気良く行うことが重要であると考える。