

学会抄録

第156回 日本泌尿器科学会関西地方会

(1996年9月7日(土), 於 大阪 YMCA 国際文化センター)

妊娠中に発見された **Cushing** 症候群の1例: 辻本裕一, 三宅修, 吉岡俊昭, 奥山明彦 (大阪大), 駒井則夫, 吉岡徹朗, 檜垣實夫, 萩原俊男 (同第四内科), 中川由美子, 楠井千賀, 神崎 徹, 村田雄二 (同産婦人科) 28歳, 女性, 未経妊未経産。1996年2月28日(妊娠20週)全身浮腫, 高血圧, 低K血症を認め, 妊娠23週目に血中コルチゾール濃度と尿中 17-OHCS 濃度の上昇, ACTH 濃度の低下がみられ, MRI にて左副腎腫瘍の発見を認めたため Cushing 症候群合併妊娠と診断された。4月12日(妊娠26週)腰部斜切開による左副腎摘除術を施行した。病理診断は cortical adenoma であった。妊娠39週に 2,770 g, Apgarscore 9点の女兒を分娩し, 以後母児ともに経過順調である。Cushing 症候群合併妊娠は調べたかぎり自験例は本邦で38例目, 欧米例を入れると136例目であった。

造影剤による高血圧発作を契機に発見された左副腎褐色細胞腫の1例: 井上幸治, 大森孝平, 西村一男 (大阪赤十字) 60歳, 男性。高血圧にて内科通院中, 排尿困難を認め当科初診。DIP 終了直後より血圧 260/169 mmHg と高血圧をきたし翌日には麻痺性イレウス出現。精査にて左副腎褐色細胞腫と診断し左副腎摘除術施行。術後, 高血圧およびイレウスは速やかに改善したが低血糖が出現した。本症例では造影剤の投与によりカテコラミンが上昇し, その結果高血圧発作および麻痺性イレウスが出現した。しかし, 腫瘍摘出による急激なカテコラミンの低下により低血糖を生じた興味深い症例である。造影剤の使用による高血圧発作について考察するとともに, 麻痺性イレウス, 術後低血糖についても若干の文献的考察を加え報告した。

家族性褐色細胞腫の1例: 西村 徹 (和歌山医大) 1989年当教室の澤田が報告した家族性褐色細胞腫の家系に属する新たな発症例を追加報告する。症例は18歳, 男性。1995年12月23日, 突然の右腰部痛, 動悸, 冷感が出現したため近医を受診。腹部エコーにて右副腎に径 5 cm 大の mass を認め, 家族歴に褐色細胞腫の多発を認めることから当院循環器内科へ紹介された。精査にて褐色細胞腫と診断され, 1996年2月6日当科入院となった。入院後経腹的右副腎摘除術施行。摘出標本は重さ 40 g, 組織学的に良性褐色細胞腫と診断された。本家系は祖母, 父, 叔母 3人と三世代にわたって確認しえた家族性褐色細胞腫の稀な家系である。

超音波穿刺術により診断しえた副腎出血の1例: 落合 厚, 乾恵美, 南口尚紀, 畑 佳伸, 鴨井和美, 沖原宏治, 渡辺 真, 河内明宏, 小島宗門, 渡辺 決 (京府医大) 症例は62歳女性。腰背部痛を主訴に近医を受診し, 超音波で左副腎腫瘍を指摘された。内分泌学的検査では異常を認めなかった。皮質シンチでは左副腎に核種の異常集積が認められ, また MIBG シンチでは異常を認めなかった。CT では腫瘍径 3 cm の左副腎腫瘍を認め, 腫瘍内部は不均一に造影され悪性腫瘍の可能性が示唆された。超音波穿刺術を用い, 経皮的腫瘍生検を施行した。正常副腎組織と血腫の所見が認められた。これらの結果からこの副腎腫瘍を副腎腺腫または過形成に合併した副腎出血と診断した。保存的に経過観察中であるが1年後の画像診断で腫瘍の増大, 遠隔転移を認めていない。副腎出血の術前診断は画像診断では困難であり, 生検は治療方法の決定にきわめて有用であった。

経皮的針生検により診断しえた副腎神経節神経腫の1例: 今出陽一朗, 大嶺卓司 (与謝の海) 35歳, 女性。卵巣腫瘍手術の既往有り。内分泌非活性性右副腎偶発腫瘍に対し, 経皮的針生検を行い, ganglioneuroma の組織診断をえた。卵巣腫瘍の転移は除外でき, 副腎神経節神経腫と診断したが, 文献上, 稀に悪性化をきたすため摘除術を行うべきであるとの意見もあり, 患者と相談のうえ副腎摘除術を施行した。大きさは 87×86×47 mm, 重量は 250 g で, 病理組織は典型的な ganglioneuroma の所見であった。副腎神経節神経腫は自験例が本邦72例目であり, 術前に診断しえた第1例目であった。当腫瘍は生物学的に良性で, 特殊な症例以外は, 手術の必要はないと考えら

れ, また内分泌非活性性副腎腫瘍に経皮的針生検は有用であり, 今後の普及が望まれた。

後腹膜神経節神経腫の1例: 今村亮一, 新井康之, 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56歳男性。主訴は右副腎腫瘍。1996年2月検診時腹部エコーにて, 右副腎に 5 cm 大の腫瘍を指摘され, 精査加療目的にて当科入院となった。入院時検査所見では腎, 副腎内分泌検査を含め異常所見はない。超音波エコー像で右腎上方, 肝下面に径 5 cm の low echoic, plain CT で右副腎部に low density で内部均一な腫瘍を認めた。以上より, 内分泌非活性性副腎腫瘍の診断にて摘除術を施行した。摘出標本は重量 90 g, 6×6×7 cm で, 割面は黄白色面を呈し内部は均一で充実性の腫瘍であった。病理組織診は神経節神経腫であった。

前方および後方両アプローチにて摘出しえた後腹膜 Ganglioneuroma の1例: 中山雅志, 伊藤喜一郎, 東田 章, 高羽夏樹, 藤本宜正, 中森 繁, 佐川史郎 (大阪府立), 小田剛紀, 富士武史 (同整形外科) 症例は30歳, 男性。心窩部不快感を近医にて精査中, US・CT にて後腹膜腫瘍の診断下に当科紹介。MRI にて L1 神経根由来の dumbbell 型を示す後腹膜腫瘍との術前診断をえられたため, 整形外科と共同にて後方正中切開による椎弓切除後, 腹部正中切開・右斜切開にて腫瘍摘出術を施行した。病理組織診は神経節神経腫であった。神経節神経腫は dumbbell 型を示す場合もあり, 術前画像診断は重要である。その際, MRI は大変有用であった。また, dumbbell 型を示す後腹膜腫瘍の手術に際し, 前方・後方両アプローチは大変有効と考えられた。

副腎腫瘍と鑑別が困難であった後腹膜神経鞘腫の1例: 今村正明, 大森孝平, 西村一男 (大阪赤十字) 症例は68歳女性。近医にて, 慢性肝炎の精査のため腹部超音波検査施行中, 偶然に径 4.5 cm の左副腎腫瘍を指摘され, 当科受診。腹部 CT では, 左腎内側に, 径 4.5 cm の不均一で low density な腫瘍を認め, 腹部 MRI では, T1 low intensity, T2 high intensity であった。検査成績では, 尿中アドレナリンがやや高値であった以外は異常所見を認めず, 内分泌非活性性副腎腫瘍と考え, 手術施行した。腫瘍は正常副腎に接しており, 副腎を温存した上で, 腫瘍のみ摘出した。摘出標本は, 4.5×3.5×3.0 cm 重量は 45 g, 病理組織像で紡錘状の核を有する細長い腫瘍細胞が柵状配列を示し, 神経鞘腫 Antoni type A と診断した。後腹膜神経鞘腫は画像上特徴的な所見に乏しく, 本来副腎のある部位に存在する場合は, 画像上類似した内分泌非活性性副腎腫瘍と鑑別困難と考えられた。

嚢胞状を呈した後腹膜神経鞘腫の1例: 新井康之, 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) 52歳男性。主訴は右腎門部腫瘍精査。人間ドックで腹部エコーにて右腎門部に嚢胞状腫瘍を指摘され当科を受診。画像, 腫瘍マーカー, 内分泌学的検査を施行後, 後腹膜腫瘍の診断にて腫瘍摘除術を施行した。摘除標本は 3×4 cm 大で, 大きな嚢胞と数個の小さな嚢胞から成っており一部壁の肥厚を認めた。内容液は黄色透明で, 生化学的分析を行ったところ, ほぼ血清と同じ値であった。病理組織診断は良性の神経鞘腫であった。本症例は術前にエコー, CT, MRI の検査を施行したが画像診断では他の後腹膜嚢胞性疾患との鑑別は困難であった。

著明な後腹膜線維化をきたした神経鞘腫の1例: 前田浩志 (神戸徳洲会), 川端 岳 (三田市民), 田中一志, 長久裕史, 吉村光司, 梅津敬一 (国立神戸), 中村哲也 (同研究検査科)

患者は28歳男性。主訴は両側腰背部痛。DIP, 超音波検査では両側水腎症を認めた。CT では仙骨前面に腫瘍があり, MRI T2 強調画

像で腫瘍内部は高信号の多房性嚢腫として描出。低信号の腫瘍被膜は周囲に広範に瀰漫性に広がっていた。腹腔鏡下に針生検を施行するも確定診断できず。全麻下に開腹生検を行い、神経鞘腫 (Antoni type A, B) と判明。腫瘍核出および両側尿管剝離術を施行した。術後、射精障害を認め、外来で経過観察中である。

後腹膜類表皮嚢胞の1例：金 聖哲，壬生寿一，中農 勇，谷 善啓，平尾佳彦（奈良医大） 患者は46歳，男性。1995年12月，腹部スクリーニング検査で偶然に超音波断層法で右腎嚢胞を疑われ，1996年2月，当科を紹介され入院した。既往歴に25歳時に交通事故による左側頭部陥凹骨折があった。入院時，腹部正中から右側腹にかけて小児頭大の表面平滑，弾性硬，可動性に乏しい腫瘍を触知した。右腎下方に内部が超音波断層法にて不均一。CTにて低吸収像，MRIのT1強調像にて低信号，T2強調像にて高信号を示す比較的厚い被膜で覆われた腫瘍を認め，腫瘍の上縁は第2・3腰椎に向かって突出していた。以上より神経周囲嚢胞性腫瘍を疑い，1996年2月15日腫瘍摘出術を施行した。腫瘍は腸腰筋線維で覆われ，第2腰椎と強い癒着を認めたが，腸腰筋を温存して腫瘍を摘出した。摘出標本は20×13×12 cm，1,560 gで，病理診断は類表皮嚢胞であった。後腹膜腔に発生した類表皮嚢胞の本邦報告例は自験例を含めて15例であった。

発症後3日目に診断し機能回復した腎梗塞の1例：井上貴博，兼松明弘，日裏 勝，橋村孝幸（国立姫路） 66歳男性。心房細動，甲状腺機能亢進症，痛風の既往あり。1996年2月19日，前日より続く左側腹部痛にて当科受診。左腎は排泄性腎盂造影にて描出されず，顕微鏡的血尿，蛋白尿を認めた。血中LDH，GOT，白血球が軽度増加していた。翌日の逆行性腎盂造影では尿管の異常なく，D-Jステント留置するも翌々日の排泄性腎盂造影にて左腎の描出はなかった。CT施行すると，左腎内に造影されない部分を認めたので左腎梗塞と診断。腎動脈造影にて腎動脈の完全閉塞を確認し，選択的に組織プラスミノゲンアクチベーターを1,800万単位注入。塞栓を溶解しえた。その後24時間にヘパリン3,000単位静注した。現在ワーファリンの経口投与で経過観察しているが，腎機能の改善を認めている。本例は腎梗塞に対する塞栓溶解療法の本邦17例目の報告である。

カラードブラ法を用いた超音波診断が有用であった腎動脈静脈奇形の1例：鳥本一匡，東 拓也，藤本 健，百瀬 均（奈良医大），松尾尚樹（同放射線科） 症例は42歳女性。無症候性肉眼的血尿を主訴に1996年4月29日当科を紹介受診。5月5日膀胱タンポナーデの状態となり緊急入院。腹部CTにて左腎盂内に凝血塊を認め，超音波断層法Bモードにて左腎下腎杯近傍に低エコー域を認め，カラードブラ法にてモザイク様に表示されたことで，腎動脈静脈奇形 (AVM) が強く疑われた。5月22日，左腎動脈造影にてcirsoid typeのAVMと診断，同時に無水エタノール15 mlにて動脈塞栓術を施行した。術後3カ月の時点で血尿の再発はなく，カラードブラ法にてもAVMの再開通を認めない。動脈塞栓術後カラードブラ法で4年間経過観察中の腎AVM2例についても紹介し，腎血管病変に対する治療後の長期経過観察における，カラードブラ法の有用性を報告した。

家庭内暴力にて子宮内胎児死亡と急性腎不全をきたしたCrush syndromeの1例：山本員久，柴原伸久，木山 賢，瀬川直樹，上田陽彦，高崎 登，勝岡洋治（大阪医大） 症例は28歳。妊娠32週の女性。家庭内暴力により受傷し子宮内胎児死亡とCrush syndromeによる急性腎不全を併発し当科を紹介された。分娩に関しては経陰分娩を選択し死産に至った。入院中，エパール膜を用いたHDFを計18回施行し腎機能は正常化した。利尿期に入ったのは受傷後約30日で血腫消退の時期とはほぼ一致した。また血中ミオグロビン濃度が正常化した時点で腎機能も改善し，血中ミオグロビン濃度は腎機能回復の良い治療指針であった。エパール膜を用いたHDFは血中ミオグロビン除去率が44%と良好で有用な治療と考えられた。

CAPD カテーテルの自然破裂の2例：垣谷裕子，土田健司，岡田千佳子，武本佳昭，山上征二，岸本武利（大阪市大） CAPD 透析液の漏洩は継続治療の中断や腹膜炎の原因になる。透析液漏洩が起こった症例にカテーテル抜去術を施行し，カテーテル本体の自然破裂による漏洩であったことを確認した。症例1，12歳男児。腹膜炎 (+)，カテーテル体内部に損傷。症例2，44歳女性。腹膜炎 (-)，カテーテル体外部に損傷。症例1では小児のためカテーテル管理が不

十分であったことおよび材質の耐久性が，症例2ではカテーテル製品精度と材質の耐久性がそれぞれ損傷の原因であったと考えられる。腹膜炎はCAPDにおける重要な合併症の一つであるが，カテーテル損傷をその原因として念頭に置いておく必要がある。

術後，溶血性貧血をきたしたABO型不適合間生体腎移植の1例：原 靖，池上雅久，今西正昭，西岡 伯，国方聖司，秋山隆弘，栗田 孝（近畿大），齋 炳碩，岩本一郎，今田聡雄（同第3内科）

症例は，42歳男性，血液型はA型 (+)，74歳，B型 (+)の父親をドナーとして1996年3月13日ABO型不適合間生体腎移植施行。Cr値は順調に低下したが，術後16日目に貧血が急速に進行し検査上溶血を示唆し，直接クームテスト陽性，骨髓生検では溶血像，以上よりABO型不適合による溶血性貧血と診断し，MP 500 mgを2日間投与し，Pred，AZを増量した。アンチジェネミア法でCMV陽性のため，ガンシクロビル投与を行った。39日目に大量の下血を認め，十二指腸に出血を認めたため，内視鏡的凝固術を施行した。ABO型不適合間生体腎移植後，溶血性貧血，CMV感染，消化管出血をきたすも治癒せしめた症例を経験したので報告した。

腎移植後抗基底膜抗体によってネフローゼ症候群をきたした1例：松岡 徹，内田欽也，野々村祝夫，市丸直嗣，羽鳥基明，高原史郎，小角幸人，奥山明彦（大阪大），今村亮一（大阪成人病セ） 症例は20歳，男性。妹がAlport症候群。10歳時の腎生検でAlport症候群と診断。1994年11月28日父をドナーとして，腎移植術を施行。CsA，MZR，Pred，ALGにより初期免疫抑制を行う。移植後1年半目に，CsAの減量をきっかけに尿蛋白が増加。腎生検にて糸球体にFGS様の变化を認め，IgGが糸球体基底膜に沈着し，抗基底膜抗体による腎炎が発症したと診断。その後ネフローゼ症候群が進行し，1996年8月透析再導入。Alport症候群に対する腎移植成績は良いが，稀に移植後に抗基底膜抗体による腎炎が生じる。免疫抑制剤の減量がtriggerになることが多い。術後管理には抗基底膜抗体の測定か，serial biopsyが必要と思われた。

最新の体外式衝撃波結石破碎装置，ドルニエ社製U/50の治療経験：立花裕士，原口貴裕，川端 岳（三田市民） 当院では本年5月より磁気誘導方式のドルニエ社製結石破碎装置U/50が導入されたためその特徴の説明を含め報告する。本機はエックス線，超音波によるリアルタイムに同時結石探査が可能となっている。1996年5月から同年8月中旬までの期間の44症例，治療回数51回を対象とした。腎結石22例，尿管結石21例，インディアナバウチ内結石1例である。有効率は上部尿管結石で高く，77.3%であった。全症例に対し補助療法としてのPNL，TUL・push up等の前処置をせずにでも治療可能であった。合併症は，肉眼的血尿が最も多かった。合併症が少なく軽微であり，全例無麻酔で施行しえたことより近い将来外来で治療可能であることが示された。

全自動尿沈渣測定装置 (UF100) の臨床使用経験：若月 晶，山田龍一，任 幹夫（近畿中央） 全自動尿沈渣測定装置（東亜医用電子社製のUF100）の測定原理は電気抵抗方式とフローサイトメトリーであり，測定尿800 μlに染色液を加えアルゴンレーザーを照射し，各有形成分について電気抵抗信号，前方散乱光信号，蛍光散乱光信号を測定し，有形成分の分別と定量を行うものである。測定結果は赤血球，白血球，上皮細胞，円柱，細菌をμl当たりの個数で定量し，病的円柱，精子，小円形細胞，酵母などはフラグで示し，さらに赤血球形態情報として変形赤血球と正常形態赤血球の区別をすることができる。本装置を使用し，白血球数と赤血球数の目視法と自動測定との比較，赤血球数と潜血反応の比較，上部尿路結石45例と顕微鏡的血尿56例とで赤血球形態の検討を行った。UF100では尿沈渣測定を1検体1分で連続測定可能で，検尿検査の迅速化，定量化が可能となった。

術前画像診断が困難であった腎血管脂肪腫の1例：西村昌則，惠謙，大森孝平，西村一男，高橋陽一（大阪赤十字），新宅雅幸（同病理） 57歳，女性。胆石の既往があり，定期的に超音波検査を施行されていた。1996年3月の検査で偶然左腎に腫瘍を指摘され当科受診。種々の画像診断を施行したが，腫瘍の質的診断を下すことができなかった。悪性腫瘍も否定できなかったため，1996年5月全麻下，経腰的に左腎摘除術を施行した。摘出標本では，剖面は，light brownの腫瘍で，腫瘍の最大径は，約2.3 cmであった。病理組織標本では，

腫瘍組織のほとんどすべてが、平滑筋組織で占められており、ごく一部分に少量の脂肪組織を認めた。また、血管壁の肥厚した大型の異常血管も散在しており、腎血管筋脂肪腫と診断された。本症例では、腫瘍組織内に含まれる脂肪組織が非常に少なかったため、画像診断上の所見は、典型的な腎血管筋脂肪腫とは大きく異なる結果となった。患者は、現在外来で経過観察中である。

後腹膜腫瘍と鑑別が困難であった肉腫様腎癌の1例：岡本大亮，児島康行，吉村一宏，松宮清美，奥山明彦（大阪大），安永 豊，青笹克之（同病理病態），高尾徹也（大阪労災） 症例は34歳女性。主訴は腹部腫瘍。1995年10月，人間ドックの腹部超音波検査にて左腎上極に腫瘍を指摘され1996年1月16日当科入院した。入院時所見は左側腹部に圧痛を認めるのみであった。CT，MRIでは腎被膜腫瘍が疑われ血管造影では径5cmのHypervascularな腫瘍が左腎上極から突出性に存在していた。後腹膜腫瘍，腎細胞癌の可能性もあり1月29日手術を施行した。術中，腫瘍は左腎より有茎性に発育，腎腫瘍，あるいは腎被膜腫瘍と判断し正常腎部分切除を含む腫瘍摘除術を施行した。病理組織学的診断は肉腫様腎細胞癌であった。一般に腎腫瘍が有茎性に腎外に発育することは稀で，このことが腎被膜腫瘍，後腹膜腫瘍などとの鑑別を困難なものにした原因の一つと考えられた。

腎自然破裂を契機に発見されたACDKに合併した腎細胞癌の1例：芝 政宏，松岡庸洋，垣本健一，原 恒男，小田昌良，小出卓生（大阪厚生年金），藤井正満，藤田芳正（同内科） 41歳，男性。15年前より血液透析導入。1996年5月23日，血液透析中に突然の左腰部背部痛を自覚し，出血性ショック症状認め当院へ救急搬送。血液検査にて著明な貧血，CTにて広範な後腹膜血腫像を認めたため，左腎自然破裂と診断した。出血性ショック状態は正後，同年5月29日左根治的腎摘除術施行。ACDKに腎細胞癌の合併が判明した。摘出標本は重量810gであり，その一部に5.5×5.0×4.5cmの黄色調腫瘍を認めた。病理診断は腎細胞癌（嚢胞型，通常型，淡明細胞亜型，G1>G2，INFα，pT2，pVx，pN0）であった。術後追加療法としてIFNα療法施行中である。ACDKに合併した腎細胞癌の自然破裂は稀で本邦21例目である。

腎原発の小細胞癌の1例：本郷吉洋，木山 賢，秋田康年（大津赤十字） 症例は26歳の男性で，主訴は左腰痛。画像診断上，左腎中・下部にGerota筋膜を越えて腸腰筋に浸潤する直径約7cmの腫瘍を認めた。また，左腎静脈から下大静脈の肝静脈流入部付近に至る腫瘍塞栓を認めた。左腎腫瘍T4と診断し，左腎摘除術を施行した。病理組織学的には，腫瘍部は細胞質に乏しい小円形細胞で占められ，NSE染色およびグリメリウス染色で陽性を示し，小細胞癌pT4と診断された。術後，後腹膜腔の残存腫瘍が急速に増大し，肺小細胞癌の化学療法に準じてCDDP，CBDCA，VP-16による化学療法を2コース行った。化学療法前と比べて後腹膜腫瘍は32%縮小し，術後も続いた左腰痛は軽減したが，腎機能低下を認めたため，化学療法を休止し，術後5カ月半が経過している。

多房性嚢胞状腎細胞癌の1例：谷 満，上甲政徳，松木 尚（高の原中央），米田 諭（同内科） 症例は38歳，男性。1995年6月6日左腰痛にて当院内科受診し，腹部超音波検査にて右腎中極に腫瘍性病変を認めたため同年6月20日当科紹介。理学的所見，血液検査にて明らかな異常を認めなかった。CT，MRIなどの画像診断にて多房性嚢胞状腎細胞癌と診断され，同年7月13日に経腹的根治的右腎摘除術を施行した。摘出した標本は大きさ15×9×5cm大，重さ374gで，腫瘍の剖面は隔壁を伴う多房性嚢胞状変化を呈しており一部に黄褐色の実質性病変を認めた。病理組織学的診断はRCC，cystic type，clear cell subtype，G1，pT2であった。術後1年以上を経過したが，再発転移を認めず現在外来にて経過観察中である。

腎動脈瘤を伴った腎細胞癌の1例：矢澤浩治，西村健作，三浦秀信，本多正人，藤岡秀樹（大阪警察） 症例は57歳女性。主訴は右腎腫瘍の精査。1994年6月頃より微熱が継続するため近医受診。腹部超音波検査にて右腎腫瘍を指摘され精査目的にて当科紹介受診。CTにて右腎に6×5cm大の腫瘍と右腎門部に2.5×1.6cm大の血管の拡張を認めた。またMRIでは右腎の腫瘍像とともに右腎門部に血管の拡張を認め腎動脈瘤が疑われた。腹部大動脈造影で右腎上極の腫瘍濃染像と2本存在するうちの頭側から分岐する腎動脈の本幹分岐部に

2.1×2.5cm大の嚢状腎動脈瘤を認めた。以上より腎動脈瘤を伴った右腎腫瘍と診断し1994年9月9日経腹膜の根治的右腎摘除術施行。腎動脈瘤は2本存在する腎動脈のうち頭側より分岐する腎動脈より発生し，腎静脈の後方へ入り込んでいた。病理組織学的に腎腫瘍は明細胞型の腎細胞癌であった。

若年者にみられた腎細胞癌の1例：山本裕信，井原英有，森 義則，生駒文彦（兵庫医大） 24歳女性。腹部超音波検査にて左腎下極に腫瘍を指摘され1996年4月，精査目的に当科を受診した。左側腹部に弾性硬，呼吸性に移動する圧痛のない腫瘍を触知した。検査成績に異常を認めなかった。超音波検査，IVP，CT，MRI，血管造影より左腎細胞癌を疑い1996年6月7日，左腰部斜切開にてマイクロ波メスを使用し，無阻血でsurgical marginを1cmとり左腎部分切除術を施行えた。摘出標本は38g。腫瘍は3.5×4.0×3.5cm，腫瘍被膜を認め，内部は不均一で充実性であった。病理診断はrenal cell carcinoma，expansive type，alveolar type，common type，mixed subtype，grade 2，INFα，pT2でくった。術後よりインターフェロンα-2a 900万単位を投与し，現在経過観察中である。16～29歳の若年者腎細胞癌は文献上本邦22例目であった。

下大静脈内腫瘍血栓を伴う腎細胞癌5例の経験：若杉英子，森本康裕，池上雅久，上島成也，大西規夫，秋山隆弘，栗田 孝（近畿大），佐賀俊彦（同心臓外科），松田久雄，門脇照雄（富田林），植村匡志，松浦 健（大阪通信），石井徳味（堺温心会） 1991年から1996年8月までに腎細胞癌V2a 3例，V2b 1例，V2c 1例に対し腎摘除術を施行した。特にV2c症例に対しては体外循環を用いて開胸，血栓除去術を行った。手術時間は平均5時間17分，出血量は3,420gであった。5例中3例が癌死しており，3例とも脳転移を認めた。また癌死症例中2例が術前に遠隔転移を認め，すでに遠隔転移をきたしている症例には手術適応がないことが示唆された。しかし，術前に遠隔転移を認めない症例3例中2例が生存していることより，たとえ下大静脈内に腫瘍血栓が存在していてもN0M0症例には積極的に外科的治療を行ってもよいのではないかと考えられた。

下肢深部静脈血栓症で発症した下大静脈腫瘍塞栓をともなう腎細胞癌の1例：時実孝至，近藤雅彦，黒田秀也（大手前），松田康雄（同外科），宮川 繁，田村謙二（同心臓血管外科） 症例は64歳，男性。主訴は左下肢の痛性腫脹。左下肢腫脹は，深部静脈血栓症によるものであった。深部静脈血栓症の原因精査の結果，右腎に腫瘍を認め，下大静脈は腫瘍塞栓のため完全閉塞をきたしていた。静脈血の環流は発達した側副血行路で行われていた。リンパ節転移や遠隔転移はなく，stage IIIaと診断し，右腎摘除と下大静脈合併切除を行った。左腎静脈は再建の上，温存できた。摘出標本は490gで，下大静脈の腫瘍塞栓は器質化しており，組織学的所見では腎細胞癌，淡明細胞亜型でG2>G3であった。術後60日目に退院となり，1年を経過したが，再発の徴候は認めない。

下大静脈内腫瘍塞栓を伴った転移性腎腫瘍の1例：柑本康夫（和歌山医大） 28歳，男性。主訴は無症候性肉眼的血尿。10年前に左脛骨骨肉腫に対し下肢切断術および化学療法を施行されており，その後，胃転移，脳転移および3回の肺転移に対しそれぞれ摘出術を受けている。CT，MRIで，右腎に9×4cm大の腫瘍および肝レベルに至る下大静脈内腫瘍塞栓を認めた。血管造影では腫瘍のごく一部にtumor stainを認めたが，大部分はhypovascularであり，長径5.6cmの腫瘍塞栓および側副血行路の発達が認められた。下大静脈内腫瘍塞栓を伴った骨肉腫腎転移と診断し，経腹膜の右腎摘除術および下大静脈内腫瘍塞栓除去術を施行したが，術後合併症により死亡した。組織学的診断は転移性骨肉腫であった。骨肉腫の治療に化学療法が導入され，肺，骨以外の臓器転移が増加しつつある。腎転移の報告は文献上15例みられ，そのうち3例に下大静脈内腫瘍塞栓を伴っていた。

他臓器転移から発見された腎細胞癌の2例：紺屋英児，原 靖，梅川 徹，上島成也，杉山高秀，秋山隆弘，栗田 孝（近畿大） 悪性腫瘍の眼窩転移と舌転移は比較的に稀なことでは知られている。われわれは眼窩転移，舌転移より発見された腎細胞癌の2例を経験したので報告する。症例1は44歳男性，主訴は眼球突出。症例2は59歳男性，主訴は舌腫瘍。両者ともに他科受診の後，腎細胞癌からの転移による眼窩腫瘍，舌腫瘍と診断され腎摘除術を施行した。われわれが調べ

た範囲では、腎細胞癌の眼窩転移についての報告例は外国文献例および自験例を含めて30例であり、そのうち約70%が眼窩転移より発見されている。これに対して舌転移についての報告例は外国文献例および自験例を含めて25例であり、そのうち舌転移より発見されたという報告は自験例以外には3例しかなく、非常に珍しい症例であると思われる。

腎細胞癌の腔転移の1例：長谷太郎，金川賢司，垣谷裕子，松野嘉紀，鞍作克之，池本慎一，仲谷達也，山本啓介，岸本武利（大阪市大） 症例は69歳の女性。左腎細胞癌に対して1994年に左腎摘除術を施行した。病理組織診断は，renal cell carcinoma, alveolar type, common type, clear cell subtype, G2, INFβ, pT3b, pV1b, N0, M0であった。その後外来にて経過観察中の1996年4月に不正性器出血が出現し，腔壁に腫瘍を認めたために腫瘍切除術を施行した。病理組織診断は clear cell adenocarcinoma であった。RCC は，さまざまな部位に転移が認められることが知られているが，腔転移は稀であり，本邦では3例目の報告である。転移経路としては，卵巣静脈を介する逆行性の血行性転移と考えられており，それについて，若干の文献的考察を加えて報告した。

腎摘後14年目に脾転移をきたした腎細胞癌の1例：川西博見，七里泰正，寺井章人，奥野 博，箕 善行，岡田裕作，吉田 修（京都大） 症例は67歳男性。1981年孤立性皮下腫瘍を契機に右腎細胞癌を発見され，根治的右腎摘除術施行（pT2N0M1V0）。術後14年目に腹部 CT scan にて hypervascular な脾体部腫瘍を発見され，脾体部部分切除術施行。腫瘍は 3.5×2.5 cm，充実性淡紅色で，脾実質内で境界明瞭な被膜を有していた。病理組織学的に腎細胞癌の脾転移と診断された。術後6カ月目に腹部 CT scan にて脾尾部に再発を認め脾尾部脾切除術施行した。文献上，腎細胞癌孤立性脾転移は非常に稀であるが，腎摘後10年以上の晩発性転移が多い傾向にあった。しかし，転移巣切除後は早期に他臓器に転移する例が多く予後不良である事が示唆された。

診断が困難であった馬蹄鉄腎原発腎盂腫瘍の1例：東田 章，中山雅志，高羽夏樹，藤本宣正，伊藤喜一郎，中森 繁，佐川史郎（大阪府立） 44歳，男性。1994年12月に馬蹄鉄腎に合併した左腎結石に対し ESWL 行うも，残石のあるまま来院せず。1996年3月，左側腹部痛と膨隆，発熱で来院。KUB，CT で左尿管結石嵌頓により腎盂内圧が急激に上昇し，腎盂内血腫を作じたものと考えた。逆行性にシングルJカテーテルを留置した後，12日目に腹膜外的に左尿管切石術を行い，腎瘻およびシングルJカテーテルを留置した。腎盂尿細胞診は陰性であった。その後も出血が持続し，腎盂タンポナーデを呈したため，経腹的に峡部離断術，左腎摘除術を施行した。摘出した腎の剖面に腎盂腫瘍を認め，術中凍結標本で移行上皮癌の診断をえたため左尿管全摘除術を施行した。病理組織学的には移行上皮癌，G2であった。

長期腎瘻カテーテル留置患者に発生した腎盂扁平上皮癌の1例：種田倫之，小倉啓司（音羽），近藤守寛（同腎臓内科），宗田 武（島田市民），岩村浩志，池田達夫（京都桂） 58歳，男性。肺・右腎・膀胱結核にて11歳時右腎摘，19歳時左腎瘻造設術を施行以後40数年間腎瘻カテーテルを留置。1994年10月31日左腎腫瘍を認め，1995年1月24日生検術を施行。病理組織学的診断は腎盂扁平上皮癌であった。持続する発熱および腎不全のため加療目的にて当科転院となり，緊急透析の上1995年6月1日左腎摘除術を施行した。摘出標本は，重量は515g，大きさは8×14cm。術後胸水貯留が進行し多発性の肺転移をきたし術後3カ月目に癌死した。長期腎瘻カテーテル留置により発生したと考えられる腎盂扁平上皮癌は文献上比較的稀と思われた。

腎自然破裂をきたした腎尿管腫瘍の1例：瀧 洋二，吉田浩士，吉村耕治，五十川義晃（公立豊岡） 59歳男性。以前より混濁尿および左腰部痛もあるも放置していた。1996年3月突然左腰部痛が強度となり他院入院。CT，MRI にて左腎部の大きな腫瘍を指摘され当院へ紹介された。貧血，ALP，LDH，CA19-9の上昇を認め，左季肋部に小児頭大の腫瘤を触知した。画像検査にて腎尿管腫瘍による腎自然破裂，腎周囲血腫と診断，1996年4月胸腹式左腎尿管全摘除術を施行した。摘出した左腎は約1.5kg，約1kgの凝血塊が内部に充滿し，ひ薄化した腎上極および下極に2カ所3～4cm大の破裂部

位を確認した。上部尿管・腎盂は乳頭状腫瘍で充滿し，拡張した腎杯にも散在性に同様の腫瘍を認めた。病理診断は TCC，G2，pT1であった。患者は術後5カ月現在再発なく健在である。腎尿管腫瘍による腎自然破裂，腎周囲血腫は稀で自験例が本邦7例目である。

尿管大動脈瘤の1例：赤尾嘉信，玉田 博，上野康一，藤澤正人，郷司和男，岡田 弘，荒川創一，守殿貞夫（神戸大） 65歳女性。主訴は尿管皮膚瘻よりの出血。子宮癌にて広範子宮全摘術，術後の放射線療法による萎縮膀胱に対し，単 stoma による尿管皮膚瘻術を施行された。術後5カ月目に stoma 部の狭窄を認め，両側尿管カテーテルを留置。留置後2カ月で stoma 内より凝血塊を伴う血尿を認めた。IVP で左腎は無描出で，左逆行性腎盂造影により腹部大動脈が造影され，CT にて左腎に low density area が認められた。尿管大動脈瘤および左腎血腫の診断のもと，左腎尿管全摘および瘻孔閉鎖術施行。術後良好に経過している。本疾患のほとんどは尿管皮膚瘻術後カテーテル留置例に続発しており，これら危険因子を有する患者に高度の血尿を認めた場合，本疾患の可能性も考え，迅速に対応することが肝要であると考えられた。

同側低形成腎を伴った右尿管精囊異所開口の1例：曾我英雄，和田義孝，杉山武毅，濱見 学（県立尼崎） 16歳，男性，主訴は肉眼的血尿。排泄性腎盂造影にて右無機能腎，左腎の肥大および膀胱右側に陰影欠損を認め，膀胱鏡にて膀胱右側壁に囊胞様病変を認めた。経直腸式超音波検査では，無エコー領域を伴った囊胞様所見を示した。囊胞造影，精囊造影では右精囊と右尿管が描出され，CT 検査では右後腹膜腔に管腔様組織を認めた。以上の検査にて右低形成腎および右尿管精囊腺異所性開口と診断された。患者は現在尿路生殖器感染症等の症状はなく，早急な治療をする必要性を認めないため外来通院にて経過観察中である。

神戸市立中央市民病院15年間の入院患者臨床統計：金岡俊雄，野々村光生，添田朝樹，松尾光雄，竹内秀雄（神戸中央市民） 1981年3月～1995年12月の泌尿器科入院患者総数は5,827名，男女比は3.2:1，年平均388名であった。60歳以上が53%を占めていた。腫瘍が前立腺肥大症983名を含めて2,951名，結石1,119名，奇形750名，感染症274名であった。悪性腫瘍では膀胱癌1,081名，前立腺癌370名，腎癌269名，精巣腫瘍107名の順であった。年次推移では尿路上皮癌は腫瘍の40%を占め大体一定している。前立腺肥大症は減少傾向，腎癌に増加傾向が認められた。結石患者の総数は1,119名で腎結石，尿管結石がそれぞれ34.4%，57.1%であった。PNL，TUL，ESWLの導入により年次変化が大きかった。総手術件数は4,988件。年平均手術件数は356件であった。開放手術の減少，非開放手術の増加により，1986年からは非開放手術が開放手術より多くなっている。

尿生殖洞囊胞の1例：吉田直正，米田幸生，伊藤 聡，岩井謙仁（和泉市立），林 真二（長堀） 61歳，男性。主訴は排尿困難と血精液症。経直腸超音波断層法にて前立腺正中に大きさ9×8mm，境界明瞭な囊胞性腫瘍を認め，精管精囊造影にて両側精路との交通を認めたため，尿生殖洞囊胞と診断。直腸診では腫瘍は触知せず，血液検査では LH 値，FSH 値の上昇，フリーテストステロン低値を認めた。排尿困難に関しては UCG にて膀胱頸部硬化症を認めた。治療法としては，囊胞に切開を入れる経尿道的手術が一般的であるが，自験例では，患者が挙児を希望せず排尿困難に対する治療を強く希望したため，経尿道的前立腺切除術を施行した。Elder らは本性の成因を明らかにするのは困難であることより「正中領域で前立腺膀胱後部に位置し，精管や精囊と交通を有する囊腫性病変」を尿生殖洞囊胞と呼ぶべきであると提唱している。

総排泄腔遺残症の1例：福井勝一，河 源，松田公志（関西医大），真田俊明，浜田吉則（同第2外科） 胎生38週にて出生の女児。総排泄腔遺残症に伴う鎖肛のため，同日結腸瘻造設術施行。尿道カテーテル等を留置せず経過観察していたが，尿路感染により敗血症発症し，両側の水腎症の増強も認めたため，生後105日目に膀胱皮膚瘻造設を施行。その後水腎症は消失したが，膀胱粘膜が徐々に反外してきたため，生後247日目に反転部切除，膀胱皮膚瘻閉鎖しカテーテル留置による膀胱瘻とした。以後，発熱等なく，水腎症の発生も認めなかった。生後11カ月，315日目に根治手術施行。PENA法に準じた仙骨会陰式にて肛門腔尿道形成術施行を施行した。術後の排尿状態は良

好で残尿は認めず、尿路感染および水腎症の発生なく経過している。本症例は、Raffensperger 分類における cloaca with double hydro-colpos and rectum joining one vagina に相当すると思われた。

膀胱腫瘍浸潤を疑わせた S 状結腸憩室炎穿孔に因る膀胱周囲炎の 1 例：岩村浩志，池田達夫（京都桂） 症例は70歳男性。67歳結腸憩室指摘される。1996年3月上旬，結節様便，左下腹部痛，腹満，下旬より排尿時痛出現。炎症所見強く，左下腹部の圧痛著明のため，絶食，輸液管理，抗生剤投与にて回復した。RSjunction 近傍に腫瘍，S 状結腸に憩室を認めた。膀胱鏡施行時，左壁に非乳頭状，浮腫状の腫瘍形成を認め生検にて移行上皮癌 NIT or PIT, G1, pT1a と診断し，4月22日膀胱全摘除術および回腸導管造設術を施行したが，S 状結腸憩室炎と膀胱周囲炎を認めるのみで，悪性所見は認めず，S 状結腸憩室炎の膀胱への波及による膀胱周囲炎と診断された。

S 状結腸膀胱瘻の 1 例：増田 裕，中嶋章貴，岡野 准（枚方市民），藤芳直彦，今木正文，森田邦夫（同外科），上野 浩（同病理）75歳，男性。S 状結腸癌による腸閉塞のため外科へ入院中，糞尿・気尿が出現し，膀胱造影等で S 状結腸膀胱瘻が確かめられた。S 状結腸癌の膀胱浸潤として，S 状結腸切除，膀胱全摘除術，両側尿管皮膚瘻術を行った。病理組織学的診断の結果では，膀胱への癌の直接浸潤はなく，癌による二次的炎症が，膀胱へ波及して瘻孔を形成していた。術後 5-FU による化学療法を行い，現在再発転移はなく生存中。結腸膀胱瘻の成因は大きく炎症性，腫瘍性，外傷性，先天性，異物に分けられる。本症例は，術前，S 状結腸癌の直接浸潤による S 状結腸膀胱瘻と考えていたが，病理組織学的に，膀胱への癌の直接浸潤はなく，悪性腫瘍による腸管の閉塞のために周囲に炎症がおき，炎症が膀胱に波及して瘻孔を形成したものと考えられる。

前立腺肥大症の精査中に発症した S 状結腸膀胱瘻の 1 例。上仁数義，小泉修一（宇治徳洲会），島袋盛一（同外科）70歳男性，1996年1月頻尿を主訴に当科受診。前立腺肥大症として治療中，排尿痛および糞尿，気尿が出現した。各種検査の結果，憩室炎による S 状結腸膀胱瘻と診断した。同年5月28日全身麻酔下に手術を施行した。開腹所見では瘻孔周囲に明らかな膿瘍形成を認めなかったため，一期的に S 状結腸と下行結腸の一部を切除するとともに膀胱部分切除を施行した。病理検査では瘻孔周囲に著明な炎症細胞の浸潤があり膿瘍を形成していた。悪性所見は認められなかった。術後経過は良好で現在，膀胱腸瘻の再発を認めていない。瘻孔を直接証明できた検査は注腸透視，CT，MRI であった。その中でも MRI の冠状断では瘻孔そのものを画像的に描出することができ非常に有用であった。

骨盤内骨外性 Ewing 肉腫の 1 例：中西弘之，石田裕彦，本郷文弥，井上 亘，三神一哉，今田直樹，杉本浩造，中川修一，内田睦，渡邊 決（京府医大） 症例は19歳男性。尿閉を主訴として当科受診した。画像診断にて骨盤内に膀胱を後面より圧排する，嚢胞状の腫瘍が確認され，経会陰的腫瘍生検を施行。小円形細胞腫瘍との診断をえたが確定診断にはいたらず，骨盤内腫瘍摘除術と回腸導管造設術を施行した。切除標本に免疫組織化学染色を施行した結果，最終病理学的診断は骨外性 Ewing 肉腫であった。その後化学療法を2コース施行し退院となった。しかし初診時より21ヵ月後に局所再発を認め，現在入院加療中である。骨外性 Ewing 肉腫は比較的稀な疾患であり，これまでに国内で30例が報告されている。小円形細胞腫瘍の鑑別診断は困難であるが，化学療法などの感受性が異なるため，厳密に行う必要性があると考えられた。

骨盤内平滑筋肉腫の 1 例：相馬隆人，藤田一郎，渡部 淳，上山秀磨，飛田収一（京都市立），岡村隆仁，向原純雄（同外科）71歳，男性。人間ドックの直腸診で前立腺部腫瘍を指摘され当科受診。腹部エコー，CT，MRI，血管造影にて骨盤内に直径 8×10 cm の腫瘍を認めた。経直腸的腫瘍生検を施行し，平滑筋肉腫の所見をえた。1996年5月13日に骨盤内臓器全摘術および回腸導管造設術を行った。摘出標本では，腫瘍は直腸前方より膀胱・前立腺部を強く圧排するも，前立腺との境界は明瞭で，前立腺の腫大も認めなかった。病理標本では，直腸筋層より平滑筋肉腫の増生を認めた。以上より，直腸原発の平滑筋肉腫と診断した。術後3ヵ月を経過し再発，転移を認めていない。直腸平滑筋肉腫は，主訴の7%程度に排尿障害を認め，さらに大部分が直腸診で触知可能な位置にあるため鑑別診断として念頭におく必要

があると考えられる。

膀胱平滑筋肉腫の 1 例：後藤紀彦，下垣博義，山中 望（神鋼）84歳，女性。高血圧の既往あり。本年3月より排尿時痛あり。膀胱鏡検査にて前壁から右側壁，後壁にかけて表面に石灰沈着を伴った直径約6cmの腫瘍あり。臨床検査上 ALP，CRP と尿中 hCG-βCF の上昇を認めた。CT では内部がほぼ均一な腫瘍を認めた。MRI (T2 強調画像) では，内部の信号は不均一でやや高い信号強度の部分が混在して見られ，壁の信号が前壁あたりで喪失しており周囲への浸潤が示唆された。生検を施行したところ平滑筋肉腫と診断されたため，膀胱部分切除術を施行。摘出標本は 6×9×4 cm，重量 195 g，病理診断は膀胱平滑筋肉腫であった。予後不良で術後3ヵ月後に腫瘍死した。平滑筋肉腫において，異所性 hCG 産生腫瘍は報告されておらず現在詳細検討中である。

原発性限局性膀胱アミロイドーシスの 1 例：乃美昌司，森末浩一，小野義春，岡本雅之，武中 篤，郷司和男，藤井昭男（兵庫成人病セ）46歳男性。1993年2月肉眼的血尿を主訴に当科受診し，膀胱鏡にて右尿管口外側に5mm大と10mm大の暗赤色，易出血性の非乳頭状広基性隆起病変を2カ所認め，膀胱腫瘍の診断で TUR-Bt を施行した。病理組織学的にアミロイドの沈着を認め，胃大腸生検，骨シンチ，Ga シンチ，尿中 Bence-Jones 蛋白，血清蛋白分画，骨髓液および免疫グロブリン抗体価に異常所見なく，原発性限局性膀胱アミロイドーシスと診断した。1996年5月排尿困難を伴う肉眼的血尿を認め来院。三角部から右尿管口，右側壁，後壁にかけて広範に再発を認めた。50% DMSO 50 ml の膀胱注を計10回施行し病変はほぼ消失したが，左尿管口付近に浮腫状の病変があり，治療を継続している。

限局性膀胱アミロイドーシスの 1 例：大橋康人，朴 寿展，田口功，松井 隆，藤澤正人，岡田 弘，荒川創一，守殿貞夫（神戸大），大場健史，永田 均（高砂市民）47歳男性，主訴は肉眼的血尿。1991年無症候性血尿にて近医受診，TUR-Bt にて膀胱アミロイドーシスと診断された。DMSO の膀胱内注入を試みるも刺激症状のため中止していた。1996年再度肉眼的血尿出現，膀胱生検にて前回同様アミロイドの沈着を認め，精査目的にて当科入院した。血清蛋白分画は正常，血清M蛋白および尿中 BJP は陰性，骨髓生検で myeloma cell は認めなかった。IVP にて軽度の右水腎症を認め，膀胱鏡にて右側壁～後壁に黄変した粘膜と浮腫状病変を認めた。その他の全身検索においては特にアミロイドーシスを疑わせる所見はなく，限局性膀胱アミロイドーシスと診断した。現在，無治療であるが特に症状は認めていない。

Cyclophosphamide により誘発されたと思われる膀胱癌の 1 例：稲垣 武，戎野庄一（国立南和歌山）57歳，女性。1982年6月 non-Hodgkin lymphoma と診断され，導入化学療法の後，cyclophosphamide の経口投与を約13年間にわたり受けていた（総投与量は約290g）。1995年10月膀胱刺激症状を主訴として来院。翌年1月，凝血塊を伴う肉眼的血尿が認められるようになり精査加療目的で入院となった。膀胱鏡検査で広基性乳頭状腫瘍が認められ，腫瘍部分を含めた random biopsy ではすべて TCC，G2-3 であった。膀胱全摘除術による組織診断は TCC，pT4，G3>G2 であった。術後補助療法として Cisplatin 75 mg を計2回投与し経過観察したが，約6ヵ月間再発は認められていない。cyclophosphamide により誘発されたと思われる膀胱癌について若干の文献的考察を加え報告した。

尿路結核に対する回腸利用膀胱拡大術後19年目に回腸膀胱吻合部に腺癌が生じた 1 例：吉田哲也，金 哲将，牛田 博，吉貴達寛，小西 平，朴 勺，友吉唯夫（滋賀医大），石田 章（琵琶湖大橋）53歳男性。1975年尿路結核で，右腎摘除術，回腸利用膀胱拡大術施行。1994年下腹部痛と尿閉により某院受診。膀胱鏡検査で腫瘍が確認でき，経尿道的腫瘍切除術施行。1996年4月腫瘍再発に対して経尿道的腫瘍切除術施行されたが，浸潤性が認められ当院紹介。1996年5月膀胱拡大部回腸全摘を含めた膀胱部分切除術，回腸利用膀胱拡大術，左尿管回腸吻合術施行。病理組織診断は，回腸膀胱吻合部後壁に発生した低分化型粘液産生腺癌であった。左遊離回腸部にもφ1cmの同様の腺癌が確認できた。日本における回腸利用膀胱拡大術施行後に発生した腺癌の報告は，自験例が8例目で，術後平均22.8年目に腺癌が発症していた。

脊髄損傷患者に発生した膀胱腫瘍の2例：杉本賢治，梅川 徹，大西規夫，杉山高秀，朴 英哲，栗田 孝（近畿大） 1例目は57歳女性。24歳時 Th4 以下の麻痺のため、以来20年間のカテーテル留置歴がある。1995年12月肉眼的血尿のため来院した。膀胱鏡で巨大な腫瘍を認め生検を施行した。結果は SCC であった。手術拒否のため、放射線療法後、現在経過観察中である。2例目は69歳男性。20歳時、L2以下の麻痺となる。当初、自排尿可能であったが残尿多く1992年より CIC を開始する。1994年8月高熱のため当科受診。膀胱鏡で腫瘍を認め生検を施行した。結果は SCC であった。手術施行するも直腸への癒着のため尿管皮膚瘻造設術にとどめ、腫瘍に対し放射線療法を施行するも1996年3月癌死した。これらの患者の膀胱癌の早期発見として尿細胞診、膀胱鏡、生検、自己導尿の導入および、血中 SCC の測定が肝要であると考えた。

経尿道的碎石術が不可能であった膀胱結石の2例：中村吉宏，近藤宣幸，竹山政美（健保連大阪中央） 69歳男性。下腹部痛および顕微鏡的血尿にて当科受診。KUB にて約 1.5 cm 大の多発性膀胱結石を認めた。まず、膀胱碎石術を試みたが碎石できず引き続いて、下腹部切開にて膀胱結石摘除術を施行した。結石成分は、外殻が尿酸 Ca と尿酸の混合で中心部は尿酸であった。76歳男性。排尿困難および頻尿にて当科受診。KUB にて約 3 cm 大の膀胱結石を認めた。まず、レーザーにて膀胱碎石術を試みたが碎石できなかった。後日、鉗子にて TUL を試みたが、碎石できず引き続いて下腹部切開にて膀胱結石摘除術を施行した。結石成分は、磷酸水素 Ca であった。当科における過去6年間の膀胱結石の成分および治療法について検討する。

膀胱後部に存在した異所性前立腺の1例：安井宣雄，田中宏和，松本 修（県立加古川） 61歳男性。頻尿、排尿困難を主訴に来院。エコー、CT、MRI にて膀胱後部に径 5 cm の前立腺との境界明瞭な腫瘤を認めた。膀胱後部腫瘍の診断にて、1995年11月14日腫瘍摘出術を施行した。摘出標本は 5×4×3 cm。手術所見にて前立腺との連続性は認めなかった。病理学的には前立腺過形成の像を呈し、免疫組織化学染色にて PSA (+)，PAP (+) より異所性前立腺と診断した。術後10カ月の現在、再発の徴候は認めていない。異所性前立腺の大部分は、前立腺部尿道および膀胱内にみられるが、尿路外のものは稀で、lipoma や teratoma 内に認めた症例を除けば本症例は11例目と思われる。

気腫性前立腺精囊炎の1例：尼崎直也，松本成史，江左篤宣，松浦健（大阪通信），植村 匡（うえむらクリニック） 症例は、73歳、男性。主訴は、尿閉および会陰部から両側大腿内側部の疼痛。既往歴に糖尿病があった。UCG において前立腺被膜周囲にガス像を認め、骨盤部 CT では前立腺後方と直腸前方にガス像と認めた。さらに、精管・精囊造影では、後腹膜への造影剤の溢流がみられた。尿培養では *Enterococcus faecalis* が検出された。以上より、糖尿病、前立腺肥大症を基礎疾患として生じた気腫性前立腺精囊炎と診断した。

前立腺類内腺癌の2例：渡部 淳，相馬隆人，藤田一郎，上山秀麿，飛田収一（京都市立），勝山栄治，鷹巢晃昌（同病理），伊東三喜雄（伊東泌尿器科） 症例1，74歳男性。顕微鏡的血尿の精査希望し当科受診。膀胱鏡検査にて膀胱、前立腺部尿道にそれぞれ乳頭状腫瘍を認めた。TUR の結果、膀胱腫瘍は表在性移行上皮癌、尿道腫瘍は前立腺類内腺癌と判明した。術後内分泌療法施行しているが、18カ月が経過した現在再発を認めていない。症例2，69歳男性。肉眼的血尿主訴に近医受診。前立腺腫大と PSA 高値を指摘され当科紹介される。膀胱鏡にて、前立腺部尿道（精丘付近）に大部分乳頭状一部囊胞状の腫瘍を認め TUR を施行した。病理診断は前立腺類内腺癌で、前立腺実質への浸潤を認めた。前立腺全摘術を予定したが、骨盤内リンパ節郭清にて転移陽性と判明し手術を断念した。術後2カ月が経過した現在、内分泌療法を行い経過観察中である。

前立腺 Carcinosarcoma の1例：難波行臣，後藤隆康，本城 充，菅尾英木（箕面市立），野澤昌弘，西村憲二（大阪大） 69歳、男性。1993年12月より多発性骨転移を伴う中分化型前立腺癌の診断でホルモン療法を開始。1年後胸椎転移による下肢の運動・知覚障害出現し、放射線療法を施行するも以後、下半身麻痺の状態となった。1995年10月のその後出現した左鼠径ヘルニアが増強したため、手術および前立腺癌の精査目的にて入院し左鼠径ヘルニア根治術施行。術後経過は良好

であったが、2週間目頃より急速に下腹部膨満が出現した。1カ月後には腎後性の腎不全となり、また肺転移も出現し11月死亡、剖検を行った。病理診断は、軟骨肉腫・腺癌・扁平上皮が混在し、前立腺 carcinosarcoma と診断した。

尿路重複癌（腎、前立腺）の2例：萩野恵三，曲人 保，土居 淳（市立泉佐野） 症例1は71歳男性で排尿困難を主訴に受診。直腸診で前立腺の硬結と腫瘍マーカー高値。生検で高分化型腺癌を検出した。入院後の腹部 CT にて右腎下極に腫瘤を認めた。腎、前立腺の順で根治手術施行した。病理組織診断はそれぞれ腎細胞癌、前立腺癌だった。症例2は67歳男性。他院で前立腺の腫大と腫瘍マーカー高値を指摘され、紹介受診。初診時の腹部エコーにて右腎上極に腫瘤を認めた。また入院後の前立腺生検で高分化型腺癌を検出した。症例1と同様に腎、前立腺の順で根治手術を施行した。人口の高齢化や診断技術の向上、集団検診の普及により重複癌の報告が増加しつつあるが、尿路性器系重複癌においては今後本症例のような前立腺癌との重複癌の増加が予想される。

前立腺癌と直腸癌の重複癌に対して双方に根治術を施行した1例：森本康裕，能勢和宏，禰宜田正志，永井信夫（耳原総合），栗田 孝（近畿大），谷口雅輝（耳原総合外科） 症例は、63歳、男性。主訴は血便。1995年12月当院外科を受診し、直腸癌と診断された。1996年1月の入院後の骨盤部 CT で前立腺癌を疑われ、当科を受診し、エコー下前立腺針生検で前立腺癌と診断された。術前検査より双方の癌に根治性が認められたため同年2月23日に低位前方切除術および根治的前立腺摘除術を施行した。術後末梢神経障害性の腹圧性排尿となるが残尿、失禁もなく経過良好である。本症例の様な重複癌の診断と治療の際には、他科との協力が必要である。以上前立腺癌と直腸癌との重複癌に根治術を施行したので報告した。

陰囊皮膚腫瘍の1例：玉置雅弘，高橋 毅，眞田俊吾（関西電力） 83歳男性。陰囊皮膚の象皮症様腫大を認め、全体に固く肥厚し腫瘤として触れた。皮膚生検の結果低分化型腺癌と診断された。なお上皮には異常を認めなかった。転移性皮膚腫瘍を疑い全身検索を行ったが、明らかな原発巣を認めなかった。そこで陰囊皮膚原発の腺癌と考え、全外性器切除術および大腿部有茎皮弁による外陰部形成術を施行した。陰囊皮膚はほぼ全体に割面白色の硬い腫瘍が板状に充満し、一部皮下結合組織で腫瘤形成を認めた。術後経過は良好で術後11カ月の現在明らかな再発・転移の兆候はない。皮膚腺癌には転移性腫瘍以外に、皮膚付属器由来の脂腺癌・汗腺癌（エクリン汗腺癌・アポクリン汗腺癌）が考えられる。本例では転移性腫瘍は否定적であり、皮膚付属器原発の腺癌と考えられた。陰囊に見られる腺癌は転移性・皮膚付属器原発ともにもきわめて稀と考えられたため若干の文献的考察を加え報告した。

外傷性右精巣脱出症の1例：中嶋章貴，増田 裕，岡野 准（枚方市市民） 21歳、男性。1996年5月19日、單車で走行中に自動車と接触し転倒した。当院に搬送され、両肺挫傷右肋骨骨折、右気胸をきたしており、さらに右鼠径部は手拳大に腫脹し、右陰囊内容は欠如していた。腹部 CT では恥骨結合の右前面の皮下に 5×4 cm の腫瘤があり外傷性右精巣脱出症と診断した。1996年5月22日に右精巣固定術を行った。脱出した精巣は内出血はあるものの白膜の断裂した箇所はなかった。術後3カ月を経過し右精巣の萎縮はみられない。精巣脱出症は脱出した状態により内在性脱出と表在性脱出に分類され、表在性脱出が内在性脱出の約5倍みられる。精巣脱出症の治療はまず手動的整復を試み、不可能な場合観血的整復を行う。整復までの時間が短いほど精巣組織への影響は少ないと言われている。今後、單車事故の増加とともに若者の精巣脱出症は増えると予想される。

一卵性双生児に発生した精巣捻転症の1例：松本美代，辻 秀憲，南方茂樹，北川道夫（国立大阪南） 症例は36歳男性。主訴：右陰囊内容の疼痛および腫脹。既往歴：特記すべきことなし。家族歴：1987年5月12日一卵性双生児の弟が左精巣捻転症にて左精巣摘出術を施行されている。現病歴：1996年5月17日早朝より突然右陰囊内容の疼痛出現し徐々に増強したため近医入院。右精巣上体炎を疑われ抗生剤の投与を受けるも症状改善せず腫脹も認められるようになったため5月24日当科入院となる。精査の結果右精巣捻転症と診断し1996年5月28日手術を施行した。精巣および精巣上体は暗赤褐色を呈し鞘膜内で時

計方向に720度捻転しており右精巣摘出術を施行した。一卵性双生児に発生した精巣捻転症の報告例はわれわれが調べたかぎりでは自験例を含め3系6名にすぎず、本邦では報告例を認めなかった。

精巣垂捻転の1例：野本剛史，田中稔之，宮下浩明（近位八幡市民） 患者は11歳男児。主訴は右陰囊部の疼痛と腫脹。右陰囊部に疼痛を認め、右陰囊に左に比べて腫脹していた。超音波検査にて右精巣は左に比べて腫脹し、内部エコーは均一でカラードプラー検査にて右精巣内に血流を認めたが、疼痛の緩和が認められず右精索捻転症を否定できないため手術を施行した。精索の捻転は認められず、固有鞘膜を開放すると赤色を呈した精巣垂の捻転を認めたためこれを摘除した。摘出標本の病理診断は壊死組織であった。手術後陰囊部の疼痛は消失した。発症より時間が経過すると陰囊に発赤と腫脹が現れ、精巣と精巣上体が一塊となって触れ、陰囊の浮腫もきたし易い傾向にあり、このことが精索捻転症との診断を困難にした原因と思われる。

精索悪性リンパ腫の1例：田部 茂，山越恭雄，笠井慎司，宮尾洋志，金澤利直，柏原 昇（吹田市民） 患者は87歳，男性。左鼠径部の腫瘍にきざき，当科を受診。左精索に径4cm大，無痛性，弾性硬の腫瘍を触知し，エコーにて内部不均一な低エコー像を認めた。左精索腫瘍が疑われたため左高位精巣摘除術を施行。病理診断は悪性リンパ腫（びまん性大細胞型，B細胞型）であった。CTにて，腎門部に高さで4×3cmの左傍大動脈リンパ節の腫大を認めたため，stage IIeの悪性リンパ腫と診断した。THP-COP療法（テラルピシン，サイクロフォスファミド，ビンクリスチン，プレドニゾン）を開始し，5クール終了後に完全寛解となった。術後7カ月を経た現在，再発を認めていない。

精巣固有鞘膜に発生した悪性リンパ腫の1例：藤田一郎，川西博晃，渡部 淳，相馬隆人，上山秀廣，飛田収一（京都市立），安田典正（同内科），勝山栄治，鷹巣晃昌（同病理） 症例は41歳男性，1988年頸部リンパ節原発ホジキンリンパ腫（mixed cellularity）に対し，VEPA療法3コースおよび放射線療法を行った。1990年後腹膜リンパ節再発に対し，C-VAMP療法5コース行い以後CRを維持していたが1995年11月頃より無痛性左陰囊腫脹を自覚，当科初診時左陰囊水腫を認め，穿刺したところ穿刺液の細胞診上異型細胞認め，また精巣は正常だが陰囊内に硬結を触知したため悪性腫瘍疑いにて同年12月14日左高位精巣摘除術施行。精巣固有鞘膜に腫瘍を認め，病理診断は非ホジキンリンパ腫 diffuse, small cell type, Bcell typeであり，精巣固有鞘膜原発と診断した。内科転科後 M-BACOD療法6コース施行，現在外来にて経過観察中である。

精巣腫瘍を初発症状とした多発性結節性動脈炎の1例：岸野辰樹，雄谷剛士，林 美樹（多根総合），藤本清秀，平尾佳彦（奈良医大），那須賢哉，椎木英雄（同第一内科） 症例は16歳，男性。1996年3月頃より左陰囊内有痛性腫瘍を自覚し，同年4月30日当科受診した。CTでは精巣内部に low density area を認め，Enhanced CTで腫瘍の造影を認めた。左精巣腫瘍の診断のもと左高位精巣摘除術を施行，病理組織学的検査にて，精巣および精巣上体に発生した結節性多発動脈炎と診断した。全身検査では他部位に病変を認めなかったが，術後に右精巣上体にも硬結が出現し，ステロイド療法を施行し硬結は消失した。精巣腫瘍を初発症状とした多発性結節性動脈炎の1例を若干の文献的考察を加えて報告した。

精巣白膜嚢胞の1例：田中一志，吉村光司，梅津敬一（国立神戸），中村哲也（同研究検査科） 症例は68歳，男性。10年前より右陰囊内容の腫大に気付くも放置。3年前より同部の鈍痛，軽度の増大傾向を認めたため，1996年6月7日当科を受診した。血液一般，血液生化学，腫瘍マーカー上は異常を認めず，超音波検査では5×2.5cm大の hypoechoic mass を右精巣上極に認めた。以上より精巣の嚢胞性疾患を疑い，1996年6月20日右高位精巣摘除術を施行した。肉眼的には精巣の上極に白膜を連続した嚢胞が精巣実質を圧排するように存在し，その周囲に小嚢胞を認めた。嚢胞液は黄色透明であった。組織学的には精巣白膜嚢胞で，小嚢胞の壁は円柱上皮，大嚢胞の壁は扁平化した上皮でおおわれており，両細胞とも表面に cilia を認めた。自験例は本邦14例目であった。成因については，多くの仮説があるが，自験例では病理組織より精巣輸出管由来であると思われる。

精巣上体線維性偽腫瘍の1例：鄭 則秀，岡 聖次，世古宗仁，佐藤英一，宮川 康，高野右嗣，高羽 津（国立大阪），竹田雅司，倉田明彦（同病理） 患者は45歳，男性。主訴は右陰囊内腫瘍。1996年3月右陰囊内腫瘍触知。同年4月23日当院受診。超音波検査にて右精巣上体腫瘍と診断したが，右精巣腫瘍も完全には否定できず，同年5月9日腰椎麻酔下に手術を施行。術中右精巣上体腫瘍と診断し右精巣上体摘除術を施行。摘除標本は精巣上体頭部に腫瘍を認め，外観上，灰白色を呈し，弾性硬であった。大きさは径17×15×15mm，精巣上体を含めた重量4g。剖面は，黄灰白色であった。病理組織学的に精巣上体線維性偽腫瘍と診断。陰囊内線維性偽腫瘍の本邦報告29例を集計し，発生部位と手術法と関連等について若干の文献的考察を加え報告した。

後腹膜巨大転移巣を認めたセミノーマの1例：福井義尚，太田匡彦，渡辺秀次（済生会中和），吉田宏二郎（高田市立） 症例は42歳独身男性。右下腹部痛を主訴に内科受診。左陰囊の腫脹と季肋部より臍下部に至る腫瘍を指摘され当科を紹介された。CT，MRI，血管造影で，精巣腫瘍 stage IIb と診断，精巣摘出（重量350g）および腹部腫瘍の生検を施行し，病理組織学的に typical seminoma と確診した。腹部腫瘍が巨大でイレウス等の恐れがあり，化学療法後の癒着も危惧されたため，腹部腫瘍摘出（重量2,350g）を優先した。術後にBEP療法を3コース行い，術後1年10カ月再発，転移を認めていない。若干の文献的考察を加え報告した。

進行期精巣腫瘍に対して化学療法後，神経温存後腹膜リンパ節郭清にて射精能を温存できた2症例：中川雅之，岡田日佳，植野祥三，中川義明，松田公志（関西医大） 症例1：21歳，未婚男性。左，teratocarcinoma，stage IIB。症例2：24歳，既婚男性。左，teratocarcinoma，stage IIA。化学療法前，左腎門部転移巣は症例1：8×6.5cm，症例2：3×2cm，BEP化学療法3コース後転移巣はそれぞれ2.2×3.3cm，1×1cmとなった。この残存腫瘍に対する後腹膜リンパ郭清に際して，その領域が，1）比較的左腎門部に限局していること，2）腫瘍マーカーの化学療法に対する反応性も良好であったこと，3）若年男性であったことから神経温存後腹膜リンパ郭清を施行した。術後3年4カ月（stage IIB），9カ月（stage IIA），ともにNEDで，射精能は温存された。

停留精巣固定術後，対側に発生した精巣腫瘍：井上 均，岡大三，高尾徹也，月川 真，三好 進（大阪労災），水谷修太郎（大阪労災看護） 31歳，男性。4歳頃，左停留精巣に対し精巣固定術施行。1995年12月右陰囊内容の無痛性腫大を主訴に来院した。検血，生化学に異常なかった，βHCGが軽度上昇していた。12月13日右高位精巣摘除術施行。大きさ6×3.5×3cm，重量100gであった。病理組織学的に typical seminoma であった。胸部X線，CT，骨シンチにて異常認めなかったため，stage I と診断した。以後，無治療にて経過観察中であるが，β-HCG値は正常化しており，術後8カ月経過した現在再発を認めない。精巣腫瘍症例のうち，対側停留精巣合併例は約1.15%であった。一方，33%に再発がみられたとの報告もあり，厳重な観察が必要である。

完全寛解8年後に再発をきたした非セミノーマ精巣腫瘍の1例：河瀬紀夫，寺地敏郎，水谷陽一，川喜田睦司，小川 修，岡田裕作，吉田 修（京都市大） 症例は31歳。大動脈下大静脈間リンパ節に転移を有する右精巣胎児性癌 stage IIA に対し BEP 3コース施行し CR をえた。8年後同一部位に再発を認め，後腹膜リンパ節郭清術のみで AFP は正常化したため化学療法なしに経過観察中である。精巣腫瘍は初期治療後2年間再発がなければ治癒に等しいと考えられていたが，最近3年目以降の晩期再発の報告が散見される。当科で経験した進行非セミノーマの中で再発した20例中3例が3年目以降に再発した。文献上10年以降に再発している例もあり，長期にわたる経過観察が必要と考えられた。病変が初発時と同一部位に限局した後腹膜リンパ節に再発した症例は同時に肺や他臓器に転移のあった症例群に比べ予後が良好であり，手術のみで治癒が期待される。

外傷による流入過剰型持続勃起症の1例：峠 弘，渡辺俊幸，藤永卓治（和歌山労災） 32歳，男性。1996年4月3日勤務中に会陰部を打撲し，翌日から性的興奮を伴わない陰茎の半勃起状態がみられ持続するため4月10日当科受診となった。陰茎の半勃起状態は無痛性

で、海綿体血液ガス分析で PO_2 74.9 mmHg, PCO_2 39.3 mmHg と動脈性であることから、流入過剰型持続勃起症を疑い内腸骨動脈造影を施行した。右内腸骨動脈造影は正常であったが、左内腸骨動脈造影および選択的左内陰部動脈造影では内陰部動脈の末梢側で造影剤の逆流が確認された。このことから外傷による流入過剰型持続勃起症と診断し、コイル・スポンゼルを用いた左内陰部動脈塞栓術を行った。治療直後から陰茎の弛緩が得られ、以後持続性の半勃起状態の再発はみられなかった。塞栓術後1カ月で施行したリジスキャンでは potency が保持されているのが確認された。

特発性射精障害に対する経直腸的電気刺激による人工射精 (Electroejaculation) の経験：柏井浩希，河田陽一，平山曉秀，平田直也，山本雅司，山田 薫（星ヶ丘厚生年金） 今回われわれは、特発性射精障害3例に対して electroejaculation (以後 E.E. と略す。) を施行した。3例とも射精に成功し、平均 1.0 ml の精液が得られた。得られた精液は、運動率の低下を認めるものの、精液量、精液濃度、奇形率に関しては、良好な結果をえた。症例1に対して顕微受精 (ICSI) を3回施行し、1回は受精したがいずれも妊娠までには至らず、現在も継続中である。特発性射精障害に対する E.E. は、全身麻酔が必要であるが、短時間で射精が誘発でき副作用もほとんどなく、有用な方法であると思われた。