

第204回 日本泌尿器科学会東海地方会

(1999年5月22日(土), 於 中外東京海上ビルディング)

両側多発性腎細胞癌の1例: 近藤厚哉, 服部毅之, 加藤真史, 山本茂樹, 西村達弥, 水谷一夫, 後藤百万, 岡村菊夫, 小野佳成, 大島伸一(名古屋大) 40歳, 男性. 主訴は肉眼的血尿, 右側腹部痛. CTにて左腎に2箇所, 右腎に2箇所の腫瘍病変を認めた. ESR: 34 mm/hr, 73 mm/2 hrs と亢進し, CCr 84.2 ml/min であった. フォンヒッペルリンドウ病の発症に関与する領域の第3染色体 p25 に異常は認めなかった. 他臓器への転移巣はなく, 患者が腎機能温存を希望したことから二期的な両側腎腫瘍核出術を施行した. 左腎腫瘍は腎細胞癌 G2, 右腎腫瘍は G1, 構築型は alveolar type と cystic type が混在し, 細胞型は clear cell subtype であった. 術後補助療法としてインターフェロン療法を勧めたが, 患者の同意が得られず, 経過観察中である. 術後3カ月経過し, CCr 76.4 ml/min で再発兆候は認めていない.

小児腎細胞癌の1例: 岡田淳志, 神谷浩行, 河合憲康, 橋本良博, 小島祥敬, 林祐太郎, 戸澤啓一, 上田公介, 郡健二郎(名古屋大) 7歳, 女児. 主訴は右腰痛と肉眼的血尿. 超音波検査にて右腎腫瘍を指摘, CT, MRI にても右腎に内部不均一な腫瘍を認めた. Wilms 腫瘍あるいは腎細胞癌を疑い, 傍大動脈リンパ節郭清を含む根治的右腎摘除術を施行した. 病理組織学的診断は renal cell carcinoma, papillary type, common type (clear>granular), INFβ, grade 2>3, pT1, pV1a, pN0, Robson 分類において stage I と診断された. 小児腎細胞癌は比較的稀で, 本邦報告例は自験例を含め文献上96例である. 年齢分布は偏りが少なく, 特に学童期発症例では, Wilms 腫瘍と同程度の発症率である. 小児腎細胞癌の治療は, 成人腎細胞癌に準じて行われている. 自験例は stage I であり追加療法を行わなかったが, 術後4カ月経った現在, 明らかな再発を認めていない.

最近経験した下大静脈血栓を伴う腎癌の2例: 上平 修, 松浦治, 山田 伸, 瀧 知弘, 磯部安朗, 近藤厚生(小牧市民) 症例1: 62歳, 男性. 主訴は血尿と膀胱タンポナード. 右腎に径5cmの腫瘍と下大静脈内に肝静脈直下までのびる腫瘍血栓あり. 1999年2月19日, 根治的腎摘除術および腫瘍血栓除去術施行. 病理は RCC, alveolar (一部 cystic), common, clear cell, G2, INFβ, pT2, pV2a, pN0 であった. 症例2: 62歳, 女性. 主訴は夜間咳嗽. 気管支腫瘍と診断されたが精査中に右腎に径8cmの腫瘍と右心室に至る腫瘍血栓を認めた. 気管支腫瘍をレーザーにて焼灼後, 当科に転科し3月26日体外循環下にて根治的腎摘除術および腫瘍血栓除去術を施行した. 病理は RCC, alveolar (一部 cystic), common, clear cell, G2>1, INFβ, pT3, pV2c, pNx であった.

機能喪失した水腎に発生した腎細胞癌の1例: 永田仁夫, 海野智之, 高山達也, 麦谷莊一(聖隷三方原), 鈴木和雄, 藤田公生(浜松医大) 60歳, 女性. 10年前に左無機能水腎を指摘されていたが放置していた. 発熱精査目的にて受診した. レノグラムにて左腎機能廃絶を認めた. CT, MRI にて左腎は水腎(腎実質菲薄)で, 径12cmの充実性腫瘍(腫瘍濃染軽度, 肉腫疑い)を認めたため左腎摘除術を施行した. 摘出標本は大きさ 20×13×7.5 cm, 重さ 1,535 g. 腫瘍の大きさは 11×7×6.5 cm. 病理組織学的診断は RCC, alveolar type, granular cell subtype, G2, pT2, INFβ, pV0 であった. 腎皮質は圧排され正常な糸球体は見られなかった.

左大腿骨転移で発見された左腎腫瘍の1例: 大村政治, 三宅弘治(土岐市立総合), 金井 茂(岐阜社保), 桃井 守, 鈴木靖夫(県立多治見) 79歳, 男性で, 1998年4月頃より左下腰痛が出現し, 9月近医整形外科を受診した. 骨生検および腹部 CT の結果, 大腿骨転移性骨腫瘍(原発は左腎癌)と診断され11月10日当科に紹介入院となった. 左下肢全体が浮腫状に著明に腫大し, 疼痛のため可動域が著しく制限されていた. 骨シンチ上, 他の部位には骨病変を認めなかった. 12月2日左大腿切断術および左腎摘除術を施行した. 腎摘出標本の病理組織像は granular cell carcinoma G2 pT3b V(+) INFβ, 病理組織学的 TNM 分類は pT3b pN1 pM1 であった. 術後経過は良好で, 術後14日目より IFNα 300万単位の隔日投与と UFT を投与し

た. 術後3週間で車椅子移動が可能となり, 4週目から義足歩行を開始した. 1999年2月14日退院となった.

漢方薬で偽アルドステロン症を呈した副腎腫瘍の1例: 野畑俊介, 大平智明, 永江浩史, 牛山知己, 鈴木和雄, 藤田公生(浜松医大) 72歳, 男性. 主訴は高血圧, 低カリウム血症. 腹部 CT にて左副腎の腫大を認め, 原発性アルドステロン症の疑いで当科受診. 約1年前より全身のこむら返りに対し服用中であった芍薬甘草湯を中止後, 低カリウム血症は正常化し, 高血圧も軽減した. また内服中低値であったアルドステロン, レニン濃度も上昇し安定した. 副腎腫瘍については内分泌学的検査でも Cushing's syndrome などを疑わせる異常を認めず, デキサメサゾン抑制下に行った ¹³¹I アドステロールシンチでは明らかな左右差を認めず, 内分泌非活性性腫瘍と考えられた. 現在外来で定期的に follow up 中であるが, 明らかな内分泌活性の出現および左副腎腫瘍の増大を認めていない.

CA19-9 産生腎盂移行上皮癌の1例: 瀧 知弘, 松浦 治, 山田伸, 上平 修, 磯部安朗, 近藤厚生(小牧市民) 59歳, 男性. 1998年10月より上腹部痛にて近医で精査, 胃潰瘍と診断. この時腹部エコー, CT, IVP で左尿管結石, 左水腎症を指摘, 10月29日当科紹介. RP では左腎盂に不整陰影欠損を認め, 左分腎尿細胞診はクラス V. 腹部 CT で左腎盂に腫瘤陰影を認め, 左腎盂腫瘍が疑われた. 血清 CA19-9 値は 387.7 U/ml と高値であった. 肝胆脾には異常なし. 11月24日根治的左腎尿管全摘除術, リンパ節郭清を施行. 病理診断は TCC, G3, pT2, pN0, pM0. 腫瘍は CA19-9 の免疫組織染色で陽性を示し, CA19-9 産生腫瘍と考えられた. 術後20日目の血清 CA19-9 値は正常化していた. 術後6カ月で再発や血清 CA19-9 の再上昇を認めず. 血清 CA19-9 が尿路悪性腫瘍のマーカーになると示唆された.

同時性3重複癌の1例: 青木高広, 古瀬 洋, 福田 健, 北川元昭, 阿曾佳郎(藤枝市立総合), 吉野吾郎, 金丸 仁(同外科) 71歳, 男性. 肉眼的血尿を主訴として当科初診. 画像診断から左腎盂腫瘍と診断. また便潜血陽性を契機として消化管精査を施行, 胃癌, 上行結腸癌と診断. 4月6日全身麻酔下に一次的に左腎尿管全摘除術, 幽門側胃切除術, 拡大右半結腸切除術を施行. 左腎の摘除標本は重量 425 g で, 左腎盂に径 5×4×3 cm の腫瘍を認めた. 病理組織学的診断は腎盂が transitional cell carcinoma, G1, pTa, pN0, pR0, pL0, pV0, INFα. 胃が well differentiated papillary adenocarcinoma, Glossy IIa+IIc, INFβ, depth m, 結腸が well differentiated adenocarcinoma, Glossy IIc, INFβ, depth sm で, リンパ節転移はなく, いずれも根治的手術と考えられた. 術後経過は良好であった.

左腎動脈瘤破裂をきたした結節性多発動脈炎の1例: 大堀 賢, 田中一矢, 青木重之, 西川英二(名古屋掖済会), 日比初紀, 深津英捷(愛知医大) 症例は65歳, 男性. 右側腹部痛を主訴に近医受診. US, CT にて腹腔内出血を認め, 当院救命外来紹介. 血管造影で肝, 脾動脈末梢および右腎動脈に微小動脈瘤を認めたが明らかな出血部位は認めず, 輸血にて全身状態安定したため保存的治療にて経過観察となった. 入院後6日目, 突然の左側腹部痛および血圧低下を認め, 造影 CT を施行. 左腎は外上方に偏位し, 左腎下極からの出血を疑う後腹膜血腫を認めたため. 左腎動脈造影を施行. 左腎下極に造影剤の溢流および微小動脈瘤を認めた. 左腎動脈破裂による出血と診断し coil にて背側枝の塞栓術を施行した. 本症例は臨床症状および血管造影所見より血管炎症候群が疑われ, 右腓腹神経生検で血管炎像を認め, 結節性多発動脈炎と診断した. 結節性多発動脈炎で腎動脈瘤破裂をきたした例は稀である.

下大静脈後尿管に尿管下端狭窄を合併し腰痛症を発症した1例: 石瀨仁司, 森川高光, 櫻井 禪, 泉谷正伸, 平野真英, 石川清仁, 堀場優樹, 星長清隆, 名出頼男(保健衛生大) 58歳, 女性. 倦怠感と体重減少を主訴に近医受診. CRP 高値であり当院紹介受診. 右側腹部

に腫瘍を触れ、CRP、白血球の上昇を認めた。腎エコーでは皮質は非薄化、腎盂腎杯の高度な拡張を認めた。CTでは右尿管は拡張し下大静脈の後方を回り下降していたため下大静脈後尿管と診断した。本症例は腎盂尿管腫瘍の合併が疑われたため、右尿管全摘膀胱部分切除術を施行。摘出臓器からは500 mlの膿汁が吸引され、培養では*E. coli*が検出。病理学的に悪性所見はなく尿管下端は内腔の線維化により完全閉塞していた。術後14日で経過良好のため退院となった。本邦では下大静脈後尿管は391例の報告があり、様々な合併症が報告されている。合併症の種類によっては手術の施行も躊躇してはならないと考えられた。

高エネルギーレベルでのLithostar (Siemens 社製)を用いた尿路結石に対するESWLの治療経験：弓場 宏、大塚義博、深津顕俊、黒田和男、近藤隆夫、高士宗久、後藤百万、岡村菊夫、小野佳成、大島伸一 (名古屋大) Lithostar (C tube) (Siemens 社製)を使用している結石破碎治療は、*in situ* ESWLでは効果が上がらない症例があるが、今回、われわれは破碎効果を高めるために上部尿路結石に対し硬膜外麻酔下および前処置として尿管カテーテル挿入下に、また、エネルギーレベルを腎結石においては5.0までとしているところをエネルギーレベル7.0まであげて施行した。その結果、完全排石率は上昇し、懸念していた腎被膜下血腫、他臓器損傷など、重篤な合併症も見られなかった。Lithostarにおいて破碎困難と予想される場合には試みていい手段と考える。

小児シスチン結石の2例：神田英輝、木瀬英明、F. Cornel, 小川和彦、村田万里子、黒松 功、大西尚毅、山川謙輔、林 宣男、有馬公伸、柳川 真、川村壽一 (三重大) 当施設で小児のシスチン結石を2例経験した。症例1は12歳、男児。主訴は肉眼的血尿、腹痛。既往歴に血小板無力症あり。右腎、左下部尿管に結石を認めた。尿管結石は自排石しシスチン結石であったため結石溶解療法および右腎結石にESWLを施行。KUB上碎石を認め、結石溶解療法継続にて残存結石は消失した。2年後の現在、右腎結石の再発、増大を認め、ESWLの再施行を考えている。症例2は13歳、男児。主訴は左腰痛。既往歴に左尿管結石があり、自排石にてシスチン結石、シスチン尿症を指摘されている。KUB上、左側下部尿管に径20 mmの結石を認め、腎瘻造設し、ESWLを施行。結石のサイズに変化はなかったが自排石を認めた。結石溶解療法にて嘔気を認めたため施行せず、1年後の現在再発を認めていない。

左完全重複腎盂尿管に合併した単純性尿管癌の1例：七浦広志、本多靖明、中村小源太、西脇太記朗、加藤慶太郎、岡田正軌、赤堀将史、上條 渉、水本裕之、三井健司、日比初紀、山田芳彰、深津英捷 (愛知医大) 59歳、女性。1998年4月左季肋部痛出現、近医受診。腹部CT検査、DIPにて左腎、骨盤内左側に石灰化陰影、膀胱内陰影欠損を認め当院紹介、精査の結果、尿管結石を伴った左完全重複腎盂尿管に合併した単純性尿管癌と診断した。同年9月1日経尿道的尿管瘤切開術を施行、瘤内に存在した結石を除去、その後RPにて左上半腎盂尿管移行部狭窄症を認めたため尿管バルーン・ダイレーション術を施行した。術後のDIPにて尿管結石の残存は認めず、尿管瘤の消失および術前に造影されなかった左上位腎の尿管の描出がみられた。術後、自覚症状は改善され、VCGでVURは認められず経過良好である。

男児両側異所尿管瘤の1例：森川高光、泉谷正伸、星長清隆、名出頼男 (保健衛生大) 6カ月、男児。発熱を繰り返し当院小児科入院。超音波で両側水腎尿管を指摘され当科受診。UTI回避目的で両側腎瘻造設した際、両側完全重複尿管が認められ、尿管瘤を疑い内視鏡を施行。右側 stenotic ureteroceles、左側 cecour ureterocoeleであり、内視鏡的瘤切開術を施行した。術後、UTI再発せず経過良好。右側はVURなく、所属腎の通過障害が改善し機能が良好であれば経過観察可能と考えられる。左側はVURが存在するため2期的手術が必要であり、瘤所属腎の機能改善が十分なら腎盂腎盂吻合術など所属腎を温存し、改善がないなら瘤所属尿管摘除術を行うと考える。異所性尿管瘤は病態が複雑で治療も様々であるが、内視鏡的瘤切開術は低侵襲で、根治術困難な乳児にも行え、第1選択であると考えられる。

悪性黒色腫の膀胱転移の1例：木村恭祐、田中園児、辻 克和、古川 亨、橋本好正、福原信之、網川常郎 (社保中京) 症例は69歳、男性。左鼻腔原発の悪性黒色腫にて治療中、肉眼的血尿が出現したため、当科にて膀胱鏡を施行した。膀胱鏡所見は膀胱左側壁に直径17 mmの有茎性、非乳頭状の腫瘍を認めた。腫瘍には、凝血塊の付着も一部あり全体に暗黒色様であった。止血目的で、経尿道的膀胱腫瘍切除術を施行した。病理組織所見は、メラニン色素顆粒を認め悪性黒色腫と診断された。文献的検索では過去4例の悪性黒色腫の膀胱転移が報告されていた。

膀胱原発のNeuroendocrine carcinomaの1例：山田 徹、安田満、西田泰幸、高橋義人、出口 隆 (岐阜大) 58歳、男性。1998年10月肉眼的血尿を認め当科受診。膀胱鏡にて右側壁に3 cm大の腫瘍を認めた。画像上はT3a, N0, M0と診断し、術前動注化学療法(MTX, TIP-ADM, CDDP)施行した。動注の効果は縮小率30%とNCで、down stageも認めず、組織学的にもG0と効果認めなかった。1999年1月11日膀胱全摘術、自然排尿型代用膀胱造設術施行した。病理診断は神経内分泌癌、pT3b, pR0, pL2, pV1であった。顕微鏡的に静脈、リンパ管浸潤認めるために、術後補助化学療法施行した。術前動注のレジメでは効果がないため、肺小細胞癌のレジメに沿ってEtoposido, CDDPの経静脈投与1コース施行した。1999年5月の時点で明らかな再発を認めていない。

膀胱Paragangliomaの1例：文野美希、日置琢一、井上貴博、杉村芳樹 (愛知がんセ)、中村栄男、谷田部恭 (同臨床検査部) 68歳、男性。1998年5月肉眼的血尿にて当科受診。膀胱鏡検査にて膀胱後壁に約1 cm大の粘膜下腫瘍を認めた。表面粘膜には異常を認めず。生検の結果、paragangliomaであった。なお、生検施行時、血圧は210/110 mmHgと高値を示した。血中・尿中の内分秘検査では、ノルアドレナリンとドーパミンが高値であった。I-MIBG 副腎シンチグラムでは、膀胱部分に一致して著明なuptakeを認めた。同年8月11日膀胱部分切除術施行。術中血圧は最高130/80 mmHgと安定していた。摘出標本は、断面は黄褐色で充実性であった。病理組織所見は、HE染色にて主に筋層に顆粒状の胞体を有する腫瘍細胞の充実性の増殖がみられた。免疫組織学的染色では、chromogranin A, S-100 protein, synaptophysin が陽性を示した。

pT1b, G3の膀胱腫瘍にて右内腸骨リンパ節転移を呈した1例：山田浩史、彦坂敦也、横井圭介、小林弘明、小幡浩司 (名古屋第二赤十字) 症例57歳、男性。1997年8月12日、肉眼的血尿、膀胱タンポナーデにて、当院受診、同日入院。膀胱鏡、骨盤部CTにて右尿管口近傍に44×50×38 mmの有茎性乳頭状腫瘍を確認。8月25日TUR-Bt施行。病理は、TCC, pT1b, G3, N0, M0。その後、動注化学療法施行。退院後、経過良好であったが、膀胱内腫瘍再発認めないにもかかわらず、1998年5月11日施行された骨盤部CTにて右側骨盤内に直径20 mmのリンパ節腫脹を認め、10月29日リンパ節摘除術施行。術中所見は、右内腸骨動脈に隣接、閉鎖神経を巻き込むようにリンパ節が増殖。病理は、移行上皮であり膀胱腫瘍の転移と診断された。11月12日より。放射線照射およびM-VAC施行。退院後、再発は認めていない。

化膿性尿管管囊胞の1例：芝原拓児、中野清一、保科 彰 (山田赤十字)、松本純一 (松本医院)、内田克典 (四日市社保)、川村壽一 (三重大) 患者は21歳、男性。主訴は下腹部痛、臍からの排膿。既往歴に川崎病。1998年5月中旬下腹部痛を認め、その2日後臍からの排膿を認めたため近医受診、化膿性尿管管囊胞の疑いにて5月27日当科紹介受診。超音波、MRI、CTなどの画像所見で膀胱後方、下腹部正中線上に囊胞性病変を認めた。膀胱鏡、DIP所見では特に異常を認めなかった。6月30日、化膿性尿管管囊胞の診断にて膀胱部分切除術を含めた尿管管囊胞摘除術を施行した。病理組織学的所見は慢性炎症所見のみで悪性所見は認めなかった。化膿性尿管管囊胞は近年報告が増加している。今回、本邦報告329例の性別、主症状、治療法を集計し、若干の文献的考察を加え報告する。

浮遊性膀胱異物の1例：畠山直樹、中島史雄 (伊勢慶應) 66歳の男性。糖尿病のため他院入院中に尿道カテーテルを留置されていた。膿血尿がみられ、CTで膀胱内腫瘍を認めたため当科に紹介された。初診時の膀胱鏡では出血がひどく診断不能であった。入院後のCT、

MRI では約 5 cm 大の膀胱内腫瘍とその周囲のガス、膿を認め、膀胱造影では体位変換や圧迫により移動する 7×5 cm の陰影欠損がみられた。膀胱異物を疑ったが腫瘍も完全には否定できず、1999年2月に生検を目的として膀胱鏡を再施行し、灌流液に浮遊する黄白色の物体を認めた。膀胱壁との連続はなかった。生検鉗子で検体を採取した後、切除鏡で細片化して除去した。病理学的には表面を変性した結合組織で覆われ、ところどころ菌塊を含む硝子様物質であり、組織培養で腸球菌が検出された。術後3カ月を経過し再発はない。検索しえたかぎりでは同様の報告はみられなかった。

嚢胞状変性を伴った前立腺癌の1例：萩原徳康，横井繁明，西田泰幸，藤本桂則，磯貝和俊（大垣市民） 55歳，男性。便秘加療中に尿閉となり当科に紹介された。直腸診にて前立腺は石状硬に触知し，PSA は 476 ng/ml と高値を示した。画像所見上膀胱背側に直径約 10 cm の嚢胞状腫瘍を認めた。大腸ファイバーにて直腸に高度狭窄を認めたが，粘膜は正常であった。腫瘍生検にて中分化腺癌を認めた。前立腺癌が考えられ，膀胱前立腺全摘，回腸導管造設術を施行した。病理診断より前立腺癌，T3，N0，M0，stage C と診断した。術後に精巣摘除術を施行し，ジェチルスチルベストロールを投与した。術後2カ月目に PSA は正常化し，術後1年6カ月経過したが高感度 PSA は 0.01 以下で経過良好である。嚢胞状変性を伴った前立腺癌は本邦にて28例報告されている。自験例を含め文献の考察を加えて報告した。

膀胱後壁剝離法による根治的前立腺全摘除術の1例：桃井 守，鈴木靖夫（県立多治見），金井 茂（岐阜社保），大村政治，三宅弘治（土岐市立総合） 症例は65歳，男性で，1998年10月5日検診で尿潜血を指摘され当科を受診。初診時 PSA80 高値のため，前立腺生検および MRI などの画像診断を行い前立腺癌 stage C と診断した。患者が手術療法を希望したため，10月30日より術前内分泌療法を開始し，1999年1月7日膀胱後壁剝離法による根治的前立腺全摘除術を施行した。病理組織診断は adenocarcinoma, moderately differentiated, ly(-), v(-), pn(+), cap(+), ure(-), dw(-), ow(-)。治療効果 grade 2 腫瘍の90%以上が壊死となっていた。術後経過は良好で術後7日目にバルーンを抜去したが，抜去直後より尿漏れは認めない。パルサルバ法による腹圧下尿漏出圧 ALPP の測定で腹圧 120 cm 以上においても尿漏出を認めなかった。現在術後内分泌療法を継続中で尿禁制である。

限局した前立腺癌に対する根治的放射線療法：羽田野幸夫，野々村仁志（蒲郡市民），中村清子（同放射線科），山田哲也，古平 毅（名古屋大放射線科），加藤慶太郎，山田芳彰，本多靖明，深津英捷（愛知医大） 1998年1月より限局した前立腺癌に対し3次元治療計画装置を用いた根治的放射線治療を行っているので臨床成績を報告した。対象：年齢72～85歳，平均78.6歳。臨床病期：B；3例，C；3例，病理：高分化型4例，中分化型2例。治療装置：三菱電気製 EXL-15SP。放射線治療計画装置：三菱電気 RPS700U (3D)。CT 画面上に前立腺を描出し行った。前立腺体積を縮小させる目的で放射線治療前に LH-RH agonist, anti-androgen 剤を用いた。6 MV を用い120度振り子原体照射を行った。1回 2 gray，週5回，総線量 70 gray を分割投与した。治療6カ月後に再度前立腺生検を行い効果を評価した。結果：消失例は1例。5例では癌細胞に影響が認められた。PSA は術前 4～183 ng/ml であったが治療後，0.2～1.4 ng/ml に減少した。合併症は外科的処置を必要とした症例はなかった。治療中，下痢1例，頻尿1例。放射線治療終了後，尿閉1例。

脳神経症状を呈した前立腺癌頭蓋底転移の2例：彦坂敦也，山田浩史，横井圭介，小林弘明，小幡浩司（名古屋第二赤十字） 症例1：49歳，男性。46歳初診時病期 D2（骨盤リンパ節転移，多発骨転移）。1995年6月頃再燃。1998年4月頭痛と右眼視力低下が出現。頭部 CT で脳転移を認めず，眼科，神経内科精査でも原因不明であったが，眼窩 CT で右前床突起に骨破壊像を認めた。同部への放射線療法で視力が回復せず。症例2：51歳，男性。49歳初診時病期 D2（多発骨転移）。内分泌療法での反応性不良。1998年3月頭痛現れるも神経内科で筋緊張性頭痛と診断。同年5月嚥下，構語障害出現。頭部 MRI で斜台右側に骨破壊を伴う腫瘍性病変を認めた。同部への放射線療法で症状改善はほとんどなし。2例とも発症前の画像検査を見直すと責任病巣を同定しえた。同様の報告は本邦では自験例を含め10例であった。文献的には脳神経症状が先行する新鮮例もあり，再燃例の

多くは放射線療法が有効であった。

前立腺原発扁平上皮癌の1例：畦元将隆，安藤 裕，吉村 麦（名古屋市立東），増井靖彦（くろまみちクリニック） 症例は66歳，男性。主訴は尿閉。前立腺触診上手拳大，表面平滑，stoney hard であった。前立腺腫瘍マーカーは正常であったが，CEA，SCC が高値を示した。CT，MRI では前立腺は腫大し，精囊への浸潤も疑われた。前立腺生検では，扁平上皮癌であった。膀胱前立腺全摘術，骨盤内リンパ節郭清術および回腸導管造設術を施行した。前立腺は，精囊腺と一塊になっており，膀胱内に浸潤，突出していた。病理組織像では，角化傾向，細胞間橋や癌真珠が認められ，扁平上皮癌と診断した。術後，放射線療法を施行した。本邦において，本症例は12例目であった。治療は，化学療法，もしくは，放射線療法が選択される。しかし，生命予後は不良である。本症例では，放射線療法後は，UFT の内服のみで嚴重に経過観察している。

原発性前立腺扁平上皮癌の1例：後藤高広，浜本幸浩，養島謙一，谷口光宏，竹内敏祝，酒井俊助（県立岐阜） 症例は61歳，男性。排尿困難，発熱にて当科受診。直腸指診上，前立腺は表面平滑で著明に腫大していた。血液検査で白血球増多，CRP 上昇，尿検査で膿尿を認め，急性前立腺炎と診断し，抗菌剤を投与した。解熱および膿尿の消失は認められたものの，排尿困難は改善しなかった。そのため前立腺生検を施行したところ，扁平上皮癌と診断された。動注化学療法の後，骨盤内臓器全摘除術を施行した。術後，骨盤内に60グレイの放射線照射を行った。術後7カ月を経過した現在，再発を認めていない。原発性前立腺扁平上皮癌の本邦報告例は自験例を含め12例あり，外科的切除術が困難であった場合有効な治療法はなく，予後は不良である。

Growing teratoma syndrome の1例：水野健太郎，伊藤恭典，佐藤修司，中平洋子，安井孝周，日比野充伸，山田泰之，佐々木昌一，上田公介，郡健二郎（名古屋市大） 症例は35歳，男性。1998年1月20日，右陰嚢腫大を主訴に当院を受診。触診にて精巣腫瘍を疑い，右高位精巣摘除術を施行。病理は，embryonal carcinoma および immature teratoma。CT にて肺，後腹膜リンパ節に転移を認め，Stage IIIB1 と診断した。術後 BEP 療法を3クール施行。化学療法後，腫瘍マーカーは陰性化し，肺転移巣は縮小したが，後腹膜リンパ節の大きさは変わらず，後腹膜リンパ節郭清術（RPLND）を施行。切除組織は mature teratoma。術後1カ月で再発が見られ，再度 RPLND を施行。切除組織は mature teratoma であった。この間 AFP，hCG-β は正常で，経過より growing teratoma syndrome と考えられた。現在再発は認めていない。

腹部停留精巣に発生した精巣腫瘍の1例：吉野 能，遠山道宣，中野洋二郎，伊藤浩一（陶生） 40歳，男性。便秘を主訴に他院を受診し腹部腫瘍を指摘され当院紹介。左陰嚢内容は欠如しており精巣固定歴はなかった。CT，MRI で下腹部に 11×7 cm の腫瘍を認めたが，後腹膜リンパ節の腫大は認めなかった。AFP は正常，β-HCG は 2.3 ng/ml，LDH は 684 IU/l と上昇していた。注腸造影，経口小腸造影で浸潤像なく，血管造影で左精巣動脈の蛇行，腫瘍浸染を認めた。以上より左腹部停留精巣に発生した精巣腫瘍と診断し，1998年6月25日腫瘍摘除術を施行した。腫瘍は 90×75×55 mm，260 g，病理組織学的にセミノーマ，pT3 と診断した。術後 β-HCG，LDH は正常化した。腫瘍の周囲脂肪組織への浸潤像がみられたことと腹膜播種の可能性を考え BEP 療法を3コース施行した。術後11カ月を経過し再発転移を認めていない。若干の文献的考察を加えて報告した。

異時発生両側精巣腫瘍の1例：玉木正義，前田真一（トヨタ記念），山田 徹，山本直樹，出口 隆（岐阜大） 35歳，男性。1988年8月18日左精巣腫瘍にて高位精巣摘除術を施行した。病理組織は immature teratoma + embryonal carcinoma であった。リンパ管造影にて一部転移が疑われ，stage IIa と診断して術後 PVB 化療2コース施行した。CT および血中腫瘍マーカー測定などによる経過観察をしていたが，1996年9月19日右陰嚢内容の腫脹に気づき9月21日当科を受診した。右精巣腫瘍と診断し，10月17日右高位精巣摘出術を施行した。病理組織像は embryonal carcinoma であった。CT 上リンパ節の腫大などの転移を認めなかった。以上より T1N0M0，stage I の精巣腫瘍と診断し，術後は補助療法を施行せず。2年7カ月後の現在も

再発、転移はなく生存中である。なお術後の無精巣症に対してアンドロゲン補充療法を継続している。両側精巣腫瘍は稀な疾患であり、調べたかぎりでは本邦では191例目であった。

巨大精巣腫瘍の1例：窪田裕樹，福田勝洋，梅本幸裕，最上美保子，栗田成毅，阪上 洋（安城更生），郡健二郎（名古屋市大） 症例は30歳，男性。1997年11月，右陰囊内容の腫大を自覚して当科受診。右精巣は小鶏卵大に腫大し，AFPは1413 ng/mlと高値であった。手術を拒否して独自の食事療法を行っていたが，腫瘍が増大し全身状態が悪化してきたため，1998年9月，再度当科を受診した。右陰囊は小児頭大に腫大し，腹部，左頸部にも腫瘍を認め，AFPは46,482 ng/mlと上昇していた。右精巣腫瘍と診断し，右高位精巣摘除術を施行したところ，摘除重量は790 gであった。病理組織像は胎児性癌と卵黄嚢腫瘍の混合型であった。BEP療法を4クール，COMPE療法を2クール施行し，AFPが正常化したため，1999年3月30日後腹膜リンパ節郭清術を施行した。組織学的には壊死組織で，viable cellを認めなかった。本邦における巨大精巣腫瘍の報告は本症例で51例目であり，非セミノーマでは11例目と思われた。

精巣上体悪性リンパ腫の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） 症例は，17歳，男性。主訴は，左陰囊内容の腫大。1997年5月上旬より，左陰囊内容の腫大に気付いた。5月12日，当科初診。左陰囊内，精巣上極に約2 cm大の表面不整，硬い腫瘍を触知した。圧痛は認めず。超音波検査では，充実性腫瘍であった。左精巣上体腫瘍と診断し，5月14日，左高位精巣摘除術を施行した。精巣上体は，18×18×15 mm大で全体が白色の充実性腫瘍に置換していた。病理組織診断は，非ホジキンリンパ腫，diffuse

mixed cell type，B-cell type（WF分類）であった。精巣および精索には悪性所見はなかった。全身検索を施行したが，特に他病変を認めず。以上より，原発性精巣上体悪性リンパ腫と診断された。術後に化学療法（CHOP療法3コース）を施行した。術後24ヵ月を経過し，再発や転移を認めず生存中である。

外陰癌の1例：山田泰司，奥野利幸，文野美希，小倉友二，蘇 晶石，吉村暢仁，梅田佳樹，鈴木竜一，脇田利明，亀田晃司，山川謙輔，林 宣男，有馬公伸，柳川 眞，川村壽一（三重大） 症例は40歳，女性。10年前より外陰部腫瘍出現するも，生検にてno malignancyであったため，放置していたが，次第に増大し，疼痛も加わったため，当院皮膚科受診。腫瘍は外陰部全体に広がり，生検の結果SCCであった。精査にて，直腸，膀胱，子宮，恥骨に浸潤している進行性外陰部癌として，CDDP，MTX，PEPによる多剤化学療法施行されるも，NCであったため，広汎外陰切除，骨盤内全摘術，恥骨切除術，両鼠径および骨盤内リンパ節郭清術を施行した。術後，骨盤内再発を認め，CDDPを併用した放射線療法を施行するも，わずかに縮小を認めたのみで，術後約1年で永眠された。術前の局所コントロールをもう少し，しっかりするべきだったと思われた。

シャント狭窄に対する積極的アプローチ：森 久，安積秀和（名古屋徳州会），安井孝周（名古屋市大） 糖尿病性腎症で血液透析患者のシャント狭窄症に対してPTA治療を展開し，それらの効果，限界などを経験し以下のことを報告した。人工血管静脈側吻合部ないしその中枢側の狭窄に対するPTAの成功率は高くない。PTA治療は1回目の治療効果がなければ外科的治療に移行した方がよい。PTAを行った患者はその後十分にシャントの状態を観察する必要がある。