

第183回 日本泌尿器科学会東海地方会

(1994年1月23日(日), 於 愛知県医師会館)

ACTH 非依存性両側副腎皮質大結節性過形成の1例: 仲野正博, 多田晃司, 安田 満, 楊 睦正, 横井繁明, 福岡明久, 上野一哉, 高橋義人, 出口 隆, 栗山 学, 坂 義人, 河田幸道 (岐阜大), 下川邦泰 (同臨床検査医学) 症例は49歳男性。筋力低下。高血圧を主訴に当院第3内科紹介受診。内分泌学的検査では血中コルチゾール高値, ACTH 測定感度以下。尿中 17-OHCS, 尿中遊離コルチゾール高値。デキサメサゾン抑制試験陰性。メチラポンテスト陽性。CRF テスト陰性。CT では著明な両側副腎の結節性腫大がみられ, 頭部 CT, MRI に異常はなく, 副腎シンチでは両側に異常集積がみられた。ACTH 非依存性両側副腎皮質大結節性過形成 (AIMAH) と診断し, 当科入院。腰部斜切開で二期的に両側副腎摘出術施行。右 57 g, 左 78 g であった。文献的に検索しえた19例について検討してみると AIMAH は男性に多く, 平均年齢が比較的高い傾向がある。内分泌学的, 病理学的にも特徴的な所見がみられ, クッシング症候群の一亜型と考えられている。

von Recklinghausen 病に合併した褐色細胞腫の1例: 高山達也, 鶴 信雄, 伊達庸二, 伊原博行, 石川 晃, 影山慎二, 妻谷荘一, 牛山知己, 大田原佳久, 鈴木和雄, 藤田公生 (浜松医大), 古瀬 洋, 増田宏昭 (遠州総合) 症例は19歳女。心窩部痛を主訴に近医受診。エコーで右腎上方に腫瘍性病変を指摘された。精査の結果, 右副腎褐色細胞腫と診断された。既往歴は von Recklinghausen 病。家族歴 (一)。入院時, 血圧はプラゾシン 1.5 mg 投与下で, 138/88 mmHg と安定。全身に cafe aulait spot と数個の神経線維腫が散在した。

1993年6月11日, 腹腔鏡補助下副腎摘除術を施行した。腫瘍の大きさは 3.5×6×7.5 cm, 重さは 70 g で, 組織診断は褐色細胞腫であった。術後血圧, 血中, 尿中カテコラミン値は正常範囲となり, 半年後の現在も再発の徴候はない。しかし, 長径 7.5 cm であり, 今後も十分な経過観察が必要と考えられる。本症例は文献上, 本邦52例目と思われた。

糖尿病に合併した慢性腎盂腎炎, 腎梗塞, 腎周囲腫瘍の1例: 西川英二, 青木重之, 岩崎明彦, 西尾芳孝 (名古屋掖済会), 瀧 知弘, 瀬川昭夫 (愛知医大) 66歳女性, 発熱・左背部痛が出現し受診。体温38.3度, 左腹部に圧痛ある腫瘍触知, 左背部に殴打痛あり。10年来糖尿病あり。検査で WBC, CRP, BUN, CRN の高値, 血尿・膿尿あり, 尿血液培養でクレブシエラを検出。血糖は 331 mg/dl で HbA_{1c}, フルクトサミンとも高値。以上より腎盂腎炎, 敗血症と診断。各種画像診断で左側に腎周囲膿瘍を認めたが腔は小さく穿刺せず その後貧血や低栄養状態が進行, 左腎は当初から無機能の状態ゆえ腎摘出術を施行。膿瘍は腎実質外の脂肪被膜内にあり周囲は炎症性肉芽組織が存在。腎実質は新鮮・陳旧性の腎梗塞像, 慢性腎盂腎炎の像, 糸球体は糖尿病

性腎症の所見を呈した。基礎疾患があり長期に発熱のある尿路感染患者は CT や超音波で膿瘍の有無など検索すべきである。

腎結腸瘻を呈した黄色肉芽腫性腎盂腎炎の1例: 加藤英津子, 加藤隆範, 小林峰夫 (市立半田) 症例は33歳女性。妊娠38週より近医にて抗生剤投与を受けるも右側腹部痛と37度台の発熱を繰り返し, 当院紹介となる。入院時検査では貧血と強い炎症反応, 膿尿を認めた。右腎結石と腎実質の嚢胞状腫大を認め腎結石による尿路閉塞, 膿腎症, 右腎機能低下と考えられた。腎瘻増設術施行後の CT にて横行結腸に造影剤が見られ, 腎瘻造影にて下腎杯と上行結腸を交通する瘻孔を認めた。右無機能腎, 腎結腸瘻の診断にて右腎摘出術, 上行結腸部分切除術を施行した。腎実質は淡黄色の組織に置き換えられ, 腎杯内は緑黄色 gel 状の物質と結石が充満し, 下腎杯から上行結腸へ瘻孔が見られた。内科にて上行結腸ポリープが診断されていたがこれは瘻孔開口部であった。病理組織学的所見では腎盂から大腸の固有筋層まで foam cell が浸潤し, 瘻孔部分には炎症細胞と肉芽組織が見られた。術後経過は良好である。

腎保存手術を行った腎外傷の1例: 宇佐見隆利, 大橋涼太, 有賀誠司, 太田信隆 (焼津市立総合) 症例は72歳女。平成5年3月19日, 自転車走行中, 誤って川へ転落。左側腹部を打撲し, 左側腹部痛, 肉眼的血尿を主訴に受診。腹部 CT で左腎裂傷, 腎周囲血腫と診断され当科入院。血圧 98/60 mmHg, 脈拍 66/min, 左側腹部に皮下出血斑があり腫脹し圧痛を認めた。肉眼的血尿, 軽度の貧血を認める以外, 血液検査成績に異常はなかった。エコー。CT で腎断裂を疑われ保存的治療は困難と考え, 全麻下に手術を施行。左腎は下極 1/3 が完全断裂しており, 破れた腎盂粘膜を修復して左腎部分切除術を行った。経過は良好であり, 術後10カ月を経過した現在, 腎外傷後の高血圧もなく, 血漿レニン活性も正常である。腎外傷の治療法で論争の焦点となっているのは, 即時手術を施行するか否かである。われわれは腎損傷の形態 (アメリカ外傷研究会腎外傷分類) より grade I, II は保存的治療, grade III, IV, V は即時手術とし, また平均出血量が 180 ml/hr 以上であれば即時手術の適応と考えている。

2,8-dihydroxyadenine 結石症の1例: 養島謙一, 谷口光宏, 竹内敏視, 酒井俊助 (県立岐阜) 今回, 2,8-dihydroxyadenine 結石症 (以下 DHA 結石症) の1例を経験したので報告した。症例は54歳男性で主訴は肉眼的血尿と右側腹部痛。IVP にて右腎盂尿管描出されず, RP, CT により X 線陰性結石と診断し腎盂ファイバーなどを用いて TUL 施行した。結石分析では, DHA 結石であった。遺伝子型は APRT*Qo/APRT*J, 酵素活性は3.75%であり, APRT 部分

欠損症と診断できた。APRT*J 対立遺伝子は日本人のみが有する遺伝子であり、このため本症は日本人に多い疾患である。また、最近では ESWL や内視鏡手術により、結石が摘出される機会が多くなり、本症が診断される機会も多くなると思われる。本症例は、現在アロプリノール 300 mg/day 投与中とともに、低プリン食の指導も行っている。

非外傷性腎被膜下血腫の3例：金原弘幸，村田万里子，梅田佳樹，松浦 浩，山下敦史，杉野雅志，奥野利幸，有馬公伸，柳川 眞，杉村芳樹，栃木宏水，川村寿一（三重大）
当科で経験した非外傷性腎被膜下血腫3例を報告した。症例1は、女性で21歳右側腹部痛，29歳左側腹部痛にて異時性に左右の腎被膜下血腫を発症した。右腎被膜下血腫は約4カ月に消失しており，左腎被膜下血腫も約4カ月にかなり縮小しており現在も外来にて経過観察中である。症例2は，27歳女性，主訴は左腰部痛であった。約6カ月に血腫は消失していた。症例3は，83歳男性，主訴は左腰背部痛であった。CTにて血腫は縮小傾向を示しており，腎腫瘍の可能性も含め外来にて厳重な経過観察中である。3例ともCT，腎血管造影にて腎被膜下血腫と診断し，保存的治療を行った。本邦報告例65例を集計し，若干の文献的考察を加え報告した。

膣転移にて発見された腎癌の1例：小川和彦，中野清一，曾我倫久人，黒松 功，木瀬英明，林 宣男，有馬公伸，柳川 眞，杉村芳樹，栃木宏水，川村寿一（三重大）
患者は52歳女性。1993年8月21日不正性器出血を生じ，近医にて膣腫瘍を指摘され，当院婦人科にて腹部エコー・CT 肺断層撮影および生検を施行。左腎細胞癌とその膣・肝・肺転移と考えられ，同年9月8日当科に入院。理学的所見および画像検査にて，左腎細胞癌・T4N0M1・stage IV と診断されたが，膣への直接浸潤も疑われ，根治的左腎摘除術および動脈塞栓術は施行せず，インターフェロン療法を開始すると同時に，同年9月30日膣転移巣切除術を施行。切除標本の組織学的診断は，metastatic renal cell carcinoma, alveolar type, clear cell subtype, G1>G2であった。腎細胞癌膣転移はきわめて稀であり，調べたかぎりでは，本邦ではこれが8例目と思われる。

自然破裂で発症した左腎腫瘍の1例：田中利幸，平林 聡（成田記念），小野佳成（小牧市民）
症例は58歳男性。1993年10月3日，突然の左背部痛で発症し，左下腹部痛も出現したので当院救急外来を受診し，入院となった。CT scan等の結果，左腎腫瘍の破裂による腎周囲血腫と診断された。その後，肺転移が発見され Stage IV と診断したのち同年10月20日に左腎摘術が施行された。病理組織所見は腎細胞癌であった。現在は外来にて α -IFN 300万単位を連日投与して経過観察中である。当症例は腹部にまったく外力を受けておらず，腎細胞癌の自然破裂であった。腎細胞癌の自然破裂は稀といわれているが，急性腹症で腎周囲血腫のある場合，腎細胞癌を考慮する必要がある。予後に差はないといわれており，一般の腎細胞癌と同様の治療が必要である。以上，若干の文献的考察を加え自然破裂で発症した左腎腫瘍の1例を報告する。

多房性嚢胞状を呈した腎細胞癌の1例：岡本典子，森川史郎，青田泰博，吉田和彦，（国立名古屋）
症例は44歳，男性。主訴は左腎精査希望。既往歴，家族歴特記すべきことなし。現病歴；健康診断の超音波検査にて左腎異常を指摘され，当科紹介された。精査の結果多房性嚢胞状腎細胞癌を疑い1993年3月25日根治的左腎摘出術を施行した。摘出標本では，左腎中腹側に直径5cm大の表面平滑，被胞化された多房性嚢胞状腫瘍を認め，内溶液は血性であった。病理組織所見；立方形で胞体の明るい腫瘍細胞が大小の嚢胞構造を形成しており，renal cell carcinoma, cystic type, clear cell subtype, G1, INF β , pT2b, pV0, pN0 と診断された。臨床診断として多房性嚢胞状を呈する腎細胞癌と多房性嚢胞との鑑別が問題となるが，前者は成人男性に，後者は成人女性および男子に多く見られる。本症例は現在 UFT の内服のみで外来経過観察中である。

腎癌と鑑別困難であった Multilocular cystic nephroma の1例：池内隆人，河合憲康，津ヶ谷正行，小島由城経，本間秀樹，佐々木昌一，岡村武彦，上田公介，郡健二郎（名古屋市大）
症例は79歳男性。主訴は腹部不快感。近医にて腹部腫瘍を指摘され，1992年10月当科初診。画像診断上，多房性嚢胞を呈する腎細胞癌が疑われたが，患者は入院治療を拒否した。翌年8月31日に肉眼的血尿が出現し入院。9月27日に経腹的右腎摘除術を施行した。摘出標本は349g，腎下極に9×8×6cmの腫瘍が認められ，嚢胞様で内部は血性成分様の液体が充満していた。病理学的には悪性細胞は認められず，multilocular cystic nephroma と診断された。本疾患に腎細胞癌を合併した症例報告が散見されること，近年多房性嚢胞を呈する腎細胞癌症例の報告が増加していること，また術前の画像診断ではこれらの鑑別が困難なことから，最終的には病理診断に頼らざるをえないと考えた。

自然破裂をきたした腎血管筋脂肪腫の1例：佐藤滋則，山口安三（富士宮市立），牛山知己，鈴木和雄，藤田公生（浜松医大）
症例は52歳，男性。肉眼的血尿，膀胱タンポナーデを訴え，近医にてコアグラ除去後，精査のため，当科入院となった。入院後，数回出血によるショックを認めた。CT，MRI，腎血管造影で右腎上局に直径8cmの乏血管性腫瘍を，また，両腎に多数の高血管性腫瘍を認めた。右腎血管筋脂肪腫の破裂による出血が強く疑われたが，腎癌の可能性も否定できず，右腎腫瘍に対し針生検を施行し，直後に腫瘍血管に選択的に塞栓術を行った。病理組織検査結果は腎血管筋脂肪腫であった。その後，出血を認めず，退院となった。また，患者は顔面に多数の丘疹を認め，結節性硬化症と診断された。

腎 Angioleiomyoma の1例：彦坂敦也，高羽秀典，保志条博，横井圭介，小林弘明，小幡浩司（名古屋第二赤十字）
症例は38歳女性。平成5年3月，右側腹部痛にて某市民病院で精査中，腹部CTにて右腎門部に実質と同濃度の enhance されない腫瘍認められた。この腫瘍は超音波でも実質と同程度であったがMRIでは低信号を示した。腎血管造影では右腎動脈より腫瘍へ栄養血管が分枝しており，悪性腫瘍を否定

できず、手術施行され術中病理組織診を行ったが、low grade malignancy の回答により右腎全摘除術を行った。病理診断は angioleiomyoma で腎被膜原発と考えられた。この腫瘍は良性と考えられ、腎 leiomyoma や angiomyolipoma と類似は少なく、自験例は本邦で2例目と考えられた。

盲端不完全重複尿管に合併した尿管腫瘍の1例：高田三喜、塚田 隆（共立湖西総合）、石川 晃、牛山知己、鈴木和雄、藤田公生（浜松医大） 62歳の男。1992年10月左腰部痛で当科受診。DIP、逆行性腎盂造影、尿管鏡検査を行い、左第五腰椎の高さで左尿管より分岐する長さ6cmの盲端尿管と、また分岐部より5cm上方の正常尿管に、乳頭状腫瘍を認め、盲端不完全重複尿管の非盲端側に発生した尿管癌と診断し、左腎盂尿管全摘除術を施行した。腫瘍の大きさは2×1×0.5cmで、移行上皮癌、G₂, pTa, pNo, pMo, pRoであった。本邦における盲端不完全重複尿管の報告例をCulpの定義に従い74例を集計した。その中で合併症を認めたものは自験例を含め42例で、結石の合併が14例と最も多くみられた。腫瘍の合併は4例あり、本症例のように盲端不完全重複尿管の非盲端側に尿管腫瘍が合併したという報告はなく、本邦1例目であると思われた。

尿管エンドメトリオーシスの1例：多和田俊保、渡辺秀輝、坂倉 毅（名古屋市立城西） 症例は38歳、女性。主訴は右水腎症精査。1993年1月、当院産婦人科を不妊にて受診。エンドメトリオーシスの治療中に糖尿病を指摘され、内科を受診。右水腎症を指摘され、5月31日、当科を受診した。1年前から月経に一致して右腰部痛があったが、肉眼的血尿はなし。DIPで右下部尿管狭窄と右水腎水尿管を認め、右逆行性腎盂造影では右尿管口から4cmの部位で約1cmの狭窄を認めた。CTでは左右の卵巣に一致して嚢胞性腫瘍を認めた。MRIでは左右の付属器にT1強調画像で低信号、T2強調画像で高信号の隔壁をもつ嚢胞性腫瘍を認めた。尿管エンドメトリオーシスあるいは卵巣腫瘍の疑いで、1993年6月尿管狭窄部と右付属器切除およびPsoas hitchによる膀胱尿管新吻合術を行った。病理診断でエンドメトリオーシスと診断された。この症例を報告し若干の文献的考察を行った。

HPV 6型が検出された膀胱扁平上皮癌の1例：田貫浩之、石黒良彦、岡村武彦、畦元将隆、山本洋人、林祐太郎、上田公介、郡健二郎（名古屋市大） 症例は91歳男性、主訴は排尿困難。IVUにて左水腎症、膀胱左側1/3のshadow defectを認めたため、当科入院。腹部～骨盤部CT、骨シンチグラフィで、膀胱腫瘍 T₂N₀M₀, stage II と診断し、経尿道的膀胱腫瘍生検術を施行した。その病理組織結果は高分化型扁平上皮癌で、その迅速凍結標本に対しPCR法を行い、HPV 6型を同定した。高齢であり、かつ、本人の希望もあることから、骨盤内放射線照射を合計52.2Gy行い縮小率67.0%とPRの結果をえた。HPV 6型は、良性腫瘍である尖圭コンジロームに高頻度に検出され、悪性腫瘍ではほとんど検出されないとされてきたが、今回のように高分化型膀胱扁平上皮癌からも検出されたことから、そのsub-typeには

発癌に関与するものもあることが示唆される。

腎盂外播種をきたした膀胱癌の1例：加藤裕二、鈴木明彦（新城市民）、永江浩史、鈴木和雄、藤田公生（浜松医大） 症例は76歳男性。主訴は右側腹部痛。エコー、CTにて右水腎症、腎盂尿管移行部付近より尿の溢流、ウリノーマを認め、膀胱鏡で右尿管口付近に最大径5cmの非乳頭状広基性腫瘍を認めた。水腎症に対し腎瘻を造設、その後、腎瘻より採取した右腎盂尿の細胞診class Vであったため、軟性尿管鏡施行。腎盂尿管腫瘍の確定診断はえられなかったが、右腎尿管全摘術、膀胱全摘術、および回腸導管造設術施行した。膀胱腫瘍は腺癌、扁平上皮癌の要素を含んだ未分化な移行上皮癌であった。摘出した右腎、尿管に肉眼的には腫瘍性病変を認めなかったが、詳細に検索すると腎盂外に膀胱腫瘍と同様の組織像を呈する腫瘍細胞が見つかった。本症例では腫瘍が右尿管口を閉塞し水腎症をきたし、さらに腎盂尿管移行部付近より尿が溢流していたことから、腫瘍細胞が膀胱から上行性に播種したと考えられた。

尿管管腫瘍の1例：橋本純一、筧 英雄、坂田孝雄（市立四日市） 症例は67歳の男性で、1993年3月3日、肉眼的血尿出現、3月8日当科受診。膀胱鏡検査にて膀胱頂部に腫瘍が認められ、3月17日、精査目的に入院となった。入院時現症では、特に異常を認めず、入院時検査成績で、血液一般、血液生化学に異常を認めず、尿検査で潜血(+)、尿細胞診はclass IIIであった。骨盤部CT、MRIで、膀胱頂部に腫瘤を認めた。biopsyの結果、高分化型腺癌で、消化管に異常はなく、頂部に腫瘍があることより尿管管腫瘍が強く疑われ、3月29日、en bloc segmental resectionを施行、病理組織で腫瘍化した尿管管の遺残とその周囲に低分化型腺癌を認めた。術後、FAM (5-FU, ADR, MMC) 療法を施行、外来にて経過観察中である。治療法については議論の多いところではあるが、集学的治療法も含め今後の検討が必要である。

尿管管異常の2例：西山直樹、藤田民夫（名古屋記念） 異なるタイプの尿管管異常症の2例を経験したので、文献的考察を加えて報告した。症例1は20歳、男性。主訴は臍からの膿汁排出と下腹部痛。CTにて著しい尿管管嚢胞の腫脹を認めたため感染性尿管管嚢胞摘出術を行った。症例2は65歳、女性。主訴は間歇的混濁尿。膀胱頂部にcystic massを認め、内視鏡下に壁の一部を切除すると中より粘液の流出があり、内腔が広がっていた。この時点で尿管管膀胱憩室と考え開窓術を行った後、尿管鏡で内腔を観察した。内腔は約3cm続いていたが肉眼的に悪性所見はなく、biopsyを行い手術を終了。術後経過は良好で、尿路感染の合併もなく現在経過観察中。今回の2例には合併奇形は存在しなかった。尿管管異常症の発生頻度に関しては文献的には稀なものとしていわれているが明らかではなく、合併症で発見されなければ放置されているもののがかなり有るものと思われ、その治療も合併症のコントロールを目的として行われるべきと考える。

精巣転移をきたした前立腺癌の1例：永井 司、兼松 稔

(羽島市民), 江原英俊 (岐阜大) 症例は68歳男性。主訴は尿閉。前立腺針生検にて中〜高分化型腺癌, 骨シンチにて恥骨および腰椎に転移を認めた。stage D₂の前立腺癌と診断し去勢術を施行したところ, 左精巣実質は灰白色で白膜と癒着していたため単純除精巣術とした。病理組織診では右精巣に悪性所見は認められなかったが, 左精巣の辺縁間質に細胞異型を有する腺管の増生を認め, 前立腺癌の左精巣転移と診断した。術後は酢酸クロルマジノン投与にて腫瘍マーカーはすみやかに陰性化し, 排尿状態も改善した。7カ月経過した現在も全身状態良好である。前立腺癌の精巣転移が臨床的に発見されることは稀であり, 自験例を含めた本邦報告30例の統計的観察を行った。前立腺癌の精巣転移では腫瘍形成を伴わないことが多く, 去勢術を選択した場合は摘出標本の十分な病理学的検索が必要であると考えられた。

前立腺癌の両側乳房転移の1例: 成毛良治, 金井 茂(掛川市立総合) 前立腺癌の乳房転移が臨床的に認められることはきわめて稀で, 報告は少ない。今回われわれは, 前立腺癌の両側乳房転移の1例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。症例は, 62歳全身倦怠感にて入院。60歳時前立腺癌 (stage C) の診断にて, ホンパン 膀胱前立腺全摘・精巣摘除術施行し, その後外来にて, エストラサイト UFT 投与し経過を見ていたが, 61歳時局所再発あり, CT 骨シンチにて転移確認した。入院時, 両側乳房がかなり腫大, 固いの気に気づき生検を施行した。HE 標本・免疫組織染色より前立腺癌両側乳房転移と診断した。前立腺癌末期状態では, 乳房転移はそれ程稀ではない様である。しかし, 文献的に検索しえた範囲では, 臨床的に診断された症例は, 本邦では自験例も含め7例, 欧米例を加えても30例に過ぎなかった。以前よりエストロゲン療法中には, 乳癌が発生しやすいとされたが, 統一された見解はない。前立腺癌乳房転移は予後不良である。

後腹膜腫瘍の2例: 黒川孝志, 田中國晃(学校共済東海中央), 松浦 治 (社保中京) 症例1は66歳, 女性。左側腹部痛にて当院内科を受診し精査施行中に右後腹膜腫瘍を発見され, 1993年6月21日摘出術を施行した。腫瘍は大きさ7×4×5 cm, 重さ90 gr で被膜を有し, 弾性硬で, 剖面黄白色の充実性腫瘍であった。病理組織学的検査にて Antoni A 型の神経鞘腫と診断された。症例2は42歳, 男性。健康診断にて偶然に右側腹部の多房性嚢胞状腫瘤を発見された。精査にて後腹膜腫瘍と診断。1993年8月2日摘出術を施行した。腫瘍は大きさ17×14×5 cm, 重さで225 gr で, 内容液は漿液性であった。病理組織学的検査でリンパ管腫と診断された。症例1, 2とも病理組織学的には良性であった。以上, 偶然に発見された後腹膜腫瘍の2例につき若干の文献的考察を加えて報告した。

成人後腹膜奇型腫の1例: 原田吉将, 篠田育男, 鄭 漢彬(長浜赤十字), 行岡直哉, 松下 巖 (同臨床病理), 河田幸道 (岐阜大) 患者は42歳, 男性。1993年8月31日, 左側腹部痛を自覚し当科を受診。KUB 上左尿管結石を認めるほか, 左上腹部に小児頭大の腫瘤を触知。陰嚢内容には異常を

認めず。腹部 US では腫瘤内部は hypoechoic, 腹部 CTscan では大きさ15×13×9 cm で, 内部 density はほぼ脂肪と同等 (CT 値-130 HU)。MRI, T₁ 強調画像にて腫瘍は腎, 睪尾部, 副腎を圧排していた。エコーガイド下穿刺にて黄白色乳び様の内容液がえられ, 細胞診では class I であった。以上より左後腹膜原発の奇形腫と診断し10月16日, 全麻下に経腹膜的に腫瘍のみを完全摘出した。腫瘍は大きさ161×155×78 mm で重量1,680 g, 肉眼的に黄色のラード状内容液および毛髪が透見できた。病理診断は3杯葉成分を認める成熟奇形腫であった。成人の後腹膜奇形腫の本邦報告例122例を集計し文献的考察を行った。

特発性後腹膜線維症の1例: 瀧 知弘, 上條 渉, 水本裕之, 三井健司, 大下博史, 宮川嘉全, 平岩親輔, 山田芳彰, 本多靖明, 深津英捷, 瀬川昭夫(愛知医大) 患者は41歳, 男性。左腰部痛を主訴に近医受診。DIP にて左腎の描出がなく, RP および腹部 CT にて左水腎症, 左尿管狭窄が判明し1993年3月2日当科へ紹介となった。血沈 53 mm/h, BUN 15, Cre 1.3, CRP 2.7, RP では第5腰椎のレベルで約4センチにわたる狭窄とそれによる水腎を認めた。CT, MRI で同じ部位に軟部組織陰影を認めた。後腹膜線維症を疑い, 4月13日両尿管剥離後スプリントカテーテルを留置し, 大網にて被覆した。術後一過性に癒着性イレウスとなった。術後37日目よりプレドニン 30 mg/D を開始, 47日目にカテーテルを抜去。術後9カ月だが DIP 上水腎はない。CT で若干の軟部組織陰影の残存を認めるが, 著明に減少している。現在, プレドニン 5 mg/D で維持しているが近く休薬予定である。

ステロイドが著効を示した後腹膜線維症と思われる1例: 近藤隆夫, 松浦 治, 竹内宣久, 上平 修, 栗木 修, 橋本好正, 大島伸一(社保中京) プレドニンと柴苓湯の併用療法が著功を示した後腹膜線維症と思われる症例を経験した。患者は54歳男性。平成5年9月1日頃よりしだいに尿量が減少し, 9月11日無尿となり当科受診した。RP, PN にて両側尿管閉塞と診断した。諸検査にて特発性後腹膜線維症が疑われ, また, 悪性疾患の所見はえられなかった。平成5年10月16日より柴苓湯を1日量8.1グラム, 10月24日よりプレドニンは1日量50ミリグラムより開始し, プレドニンは以後漸減していった。プレドニン投与後2日目より自排尿がえられ23日目に腎盂造影後, 腎瘻をクランプ, 25日目に排泄性腎盂造影にて右水腎および尿管狭窄は認められるものの尿管の通過が良好であることを確認し腎瘻を抜去した。臨床的には後腹膜線維症と診断がつけば, ステロイド投与はまず試みるべき治療法と考える。

Poor risk non-seminomatous germ cell tumor に対する治療成績: 岡村菊夫, 高土宗久, 山田幸隆, 辻 克和, 日比初紀, 松田知巳, 大村政治, 三嶋 敦, 下地敏雄, 三宅弘治 (名古屋大), 高木康治, 鈴木靖夫 (県立多治見) 1988年から1993年までに治療した poor risk 症例は9例, 2例は縦隔に発生した extragonadal germ cell tumor であった。最終結果は, 4例に NED でえられ, 4例が癌死, 1例が現在治療

中である。縦隔腫瘍の2例は、いずれも1コース中に化学療法死した。dose intensityの算出は、Hryniukらの方法に従った。当院で行われたfront-line化学療法の平均dose intensityは99.6%であり、second-line化学療法のdose intensityは82.9%であった。RPLNDなどにより組織診をえる前の画像診断では、PRが6例、NCが1例であった。摘出標本の組織がnecrosisであった6例中、3例がNED、1例がAWD、2例が癌死であった。治療抵抗性の判断は、半減期＝期間× $\ln 2 / \{ \ln(\text{前値}) - \ln(\text{現値}) \}$ の公式から求めるのがよい。第1コース目では、治療抵抗性の判断はできない。AFPの半減期が8日以上の場合は、抵抗性と判断しなければならない。

陰嚢内平滑筋肉腫の1例：尾関茂彦，武田明久（高山赤十字），栗田 学（岐阜大） 症例は44歳の男性，1992年7月頃より左陰嚢内部腫瘍を認めていたが，徐々に増大傾向を示したため1993年4月30日当科外来受診。腫瘍は精巣，精巣上体と離れて存在し，小指頭大であった。血液学的，生化学的検査，腫瘍マーカー（HCG- β ，AFP）は正常範囲であった。超音波検査上，腫瘍は低エコー域として描出され，不均一なパターンを有していた。本症例に対し陰嚢内腫瘍の診断のもと1993年4月30日腫瘍摘出術を施行した。手術所見は，精巣，精巣上体より1cmほど中枢側の総鞘膜と肉様膜の間に表面平滑，弾性硬の3.0×2.8×2.7cmの腫瘍を認め，周囲との癒着は認めなかった。病理組織では平滑筋肉腫であった。術後，腹部超音波検査，腹部CT検査，上部消化管造影を行ったが異常所見は見られず，左陰嚢原発と考えられた。現在外来にて経過観察中であるが，再発の徴候は認められていない。陰嚢内平滑筋肉腫としては自験例は，本邦では8例目，世界では19例目であった。

陰嚢内平滑筋肉腫の1例：窪田裕輔，篠田正幸，丸山高広，桑原勝孝，佐々木ひと美，永 裕彰，青木圭司，阿久津精，月脚靖彦，泉谷正伸，柳岡正範，星長清隆，名出頼男（保健衛生大） 症例は76歳男性。1989年より右陰嚢内無痛性腫瘍を自覚するも放置していた。1993年6月より腰痛のため近医に入院中同年10月15日右陰嚢内腫瘍に対し腫瘍摘出術を施行された。腫瘍は小指頭大で精索近傍に存在し，病理組織診断は平滑筋肉腫であった。摘出1週間後より，右陰嚢部に再び無痛性腫瘍を触知したため同年11月2日当科を受診。超音波にて右陰嚢部に直径2cm高エコー領域に認め再発を疑い，同年11月11日右高位精巣摘除術，右鼠径リンパ節郭清術，陰嚢皮膚合併切除術を施行した。術後の病理組織診断では縫合糸を含む肉芽腫であった。再発予防のためCYVA-DIC療法を2クール施行した。現在，転位再発などは認めない。

膀胱自然破裂の1例：平野泰弘，北川元明（藤枝市立総合），鈴木和雄，藤田公生（浜松医大） 症例は73歳男性。主訴は下腹部痛，排尿困難。1993年8月29日夕方より相当量の飲酒後帰宅。午後8時頃突然下腹部痛出現。排尿しようとしても排尿できないため近医内科受診。導尿にて350ml排尿あり，バルーンカテーテル留置され帰宅。8月30日依然と

して下腹部痛続いたため，当科外来紹介受診。精査加療目的に入院。入院後バルーンカテーテル抜去したところ自排尿は可能で，下腹部痛も改善した。しかし排泄性腎盂造影，膀胱造影にて，膀胱右側に憩室様の造影剤の貯留像と，骨盤底への造影剤の逸流像を認めたため，膀胱憩室破裂，膀胱破裂を疑い9月14日手術施行。膀胱内へ生食を注入すると，膀胱前壁より生食の漏出を認めたため，膀胱自然破裂と診断した。以上，飲酒後に膀胱前壁に生じた膀胱自然破裂の1例を報告した。

巨大膀胱結石の1例：山田泰之，和志田裕人，栗田成毅，姜 琪鎬，河合憲康（安城更生），戸澤啓一（名古屋大） 症例は56歳の男性。既往歴に特記すべきことなし。主訴は排尿障害と下腹部痛で1990年より残尿感，頻尿を認めていたが放置，1993年8月7日当科を初診した。血液検査異常なし，尿検査：pH 6.5，*E.coli*，*E.faecalis*を認めた。IVU，エコーで上部尿路に異常なく，膀胱部に8cm大の結石を認めた。RCUGでは下部尿路閉塞性疾患を疑わせる所見を認めなかった。巨大膀胱結石の診断で9月14日，膀胱高位切開で230gの結石と憩室内の結石は15個（40g）を摘出，膀胱生検もした。結石はリン酸マグネシウムアンモニウムが多く，リン酸カルシウム，炭酸カルシウム，シュウ酸カルシウムも含んでいた。生検では扁平上皮化生を認めた。結石断面から異物が原因と思われた。

放射線照射による膀胱腸瘻の1例：安積秀和，石黒良彦，安藤 裕（名古屋市立東），栗田成毅（安城更生） 症例は64歳女性で，主訴は尿失禁。現病歴は1964年に子宮癌にて全摘出術および放射線照射を受け，1992年になり腔より尿失禁が認められた。この間，膀胱出血は認められなかった。術前の膀胱造影にて膀胱腸瘻と膀胱腸瘻のあることが判り，膀胱鏡では容量は50mlぐらいで三角部は放射線性膀胱炎像で他は細かい網目状になっていた。手術はS状腸との瘻孔を切除縫合し，血行が乏しく脆弱化した膀胱壁を切除すると残ったのは三角部のみとなり，回腸をU字型に脱腸腔化し膀胱拡大術を行った。術後経過は順調で現在8カ月経過している。膀胱機能については容量300cc以上，排尿回数5回/日でVUR，尿失禁，残尿もなく良好である。

根治的前立腺摘除術後の下部尿路機能：尿流動態学的検討：後藤百万，吉川羊子（碧南市民），加藤範夫，小野佳成（小牧市民），絹川常郎（市立岡崎），佐橋正文（静岡済生会），松浦 治，大島伸一（社保中京），近藤厚生，三宅弘治（名古屋大） 前立腺癌に対し根治的前立腺摘出術を行った27例での下部尿路機能を検討した。失禁なし15例，軽度（パッドなし）6例，中等度（パッドあり）2例，高度4例で，78%に良好な尿禁制がえられた。失禁なしと軽度（1群）と中等度と高度（2群）で成績を比較した。膀胱無抑制収縮は1群中29%，2群中83%にみられ，CMG上の最大膀胱容量/コンプライアンスは1群で平均222ml/26ml/cmH₂O，2群で186/10であった。外尿道括約筋（EUS）緊張低下は1群中25%，2群中83%にみられた。1群では，EUS緊張低下のみ19%，無抑制収縮のみ32%，その両者は

6%で、2群ではそれぞれ0%、0%、83%であった。術後尿失禁ではEUS緊張低下。無抑制収縮が重要な因子で、特に両者の合併が失禁につながると示唆された。

当院における腹腔鏡手術の経験：服部良正，古川 亨，大竹 浩，絹川常郎（市立岡崎），小野佳成（小牧市民） 1989年8月～1993年10月の期間に腹腔鏡下手術を20例に施行した。腎摘出術7例，前立腺腫瘍に対する骨盤内リンパ節郭清術7例，精索静脈瘤に対する精索静脈結紮術3例，触知不能の停留精巣に対する診断2例，リンパ嚢腫の開窓術1例であった。腹腔鏡下腎摘出術は7例に行い，原疾患は水腎症3例，腎血管性高血圧2例，腎結石1例，腎腫瘍1例であった。腹腔鏡下腎摘出術に成功したのは5例で，2例は摘出ができなかった。失敗原因は膿腎症により腎が強度に周囲と癒着していた1例と，腎静脈の損傷のため，開腹止血を行った1例であった。腔鏡下骨盤内リンパ節郭清術では摘出リンパ節数は右が平均8個，左が平均5.4個であった。リンパ節転移は5例にみられた。腎摘出のできなかった2例を除いては問題となる合併症はみられなかった。

総排泄腔外反症の1例：青木圭司，星長清隆，窪田裕輔，佐々木ひと美，永 裕彰，丸山高広，桑原勝孝，阿久津精，月脚靖彦，泉谷正伸，柳岡正範，篠田正幸，名出頼男（保健衛生大），堀内 格，岸川輝彰（同小児外科），安藤謙一（同整形外科） 患児は在胎38週，体重3,264g，apgar score 9点にて出生し，臍帯ヘルニア，鎖肛，泌尿生殖器奇形として，生後2時間で当院小児外科に紹介となった。生後7時間で臍帯ヘルニア修復，人工肛門造設，外反腸部の縫合閉鎖，膀胱後壁縫合術が行われた。生後60日目に外反膀胱閉鎖術，腸骨骨切り術が施行された。術後恥骨結合の再離開とともに膀胱外反が再度認められるようになり，生後124日目に再手術が施行された。現在，膀胱容量は20mlで，膀胱尿管逆流現象は認めていない。

一期的尿道下裂形成後の合併症に対する再手術症例の検討：林裕太郎，佐々木昌一，津ヶ谷正行，郡健二郎（名古屋大），最上 徹（大同），阪上 洋（加茂） 当科では1986年からproximal typeの尿道下裂に対して索切除後に陰囊皮膚を有茎皮膚片として尿道管を作成する一期的尿道形成術を施行し，良好な結果を収めてきた。しかし早期合併症として尿道皮膚瘻と外尿道口の後退を，晚期合併症として尿道吻合部の狭窄と陰囊皮膚尿道管の憩室様拡張を少数例ながら経験

した。平成5年9月以来，このような合併症を有する7例に対し再手術を施行した。2例はDevine-Horton法に準じてfree graftを作成し，成功した。3例はOUPF IV法を施行し2例で成功したが，1例は外尿道口が冠状溝まで後退した。残る2例に対しては瘻孔閉鎖術のみを施行し閉鎖しえた。以上，合併症の状態，陰茎皮膚の余裕に応じた術式を採用することにより，7例中6例で再手術に成功した。

外傷性陰茎持続勃起症の1例：河合徹也，加藤 誠，井上和彦（豊川市民），水谷 優（同放射線科） 症例は44歳男性。主訴は陰茎の持続性勃起。平成5年10月25日，トラックから転落し会陰部を打撲。その後より陰茎の半勃起状態が続き，11月1日当科受診した。陰茎の硬度は中程度で疼痛は認めなかった。海綿体を穿刺し，吸引およびノルアドレナリン加生食での洗浄を試みたが無効であった。海綿体からの血液ガス分析で動脈性が疑われ，11月2日右大腿動脈より血管造影施行。右内陰部動脈末梢部から海綿体への漏出を認めたため右内陰部動脈断裂と診断し，自己血餅を1ml注入した。塞栓術後の血管造影では内陰部動脈の流出は遅延し，海綿体への漏出は消失した。勃起は徐々に軽減し，2日後には消失した。退院後3カ月経過したが再発を認めず，勃起および性交は可能である。内陰部動脈塞栓術は勃起能の回復が期待でき，合併症や侵襲の少ない治療法であると考えられた。

再発例を含む陰茎折症の4例：加藤久美子，佐井紹徳，河合 隆，村瀬達良（名古屋第一赤十字），鈴木弘一（一宮市民），山本雅憲（名古屋大） 83年以降4例の陰茎折症を経験した。症例1は52歳男性。性交時にポキッと音がして陰茎が腫脹。陰茎海綿体白膜背側の2cmの断裂を縫合。症例2は43歳。25歳頃より早期勃起時に手でポキッと陰茎を鳴らしてはぐす習慣ができた。ある朝ポキポキといつもより大きな音がして陰茎が腫脹。陰茎海綿体背側の白膜が広範囲（5cm）に菲薄化，この部を縫合。症例3は35歳。トイレに行こうと早朝勃起していたが陰茎を押さえたら，ポキッと音がして陰茎が腫脹。陰茎海綿体白膜背側の1cmの断裂を縫合。症例4は49歳。35歳時にも性交中に陰茎折症を起こし手術。性交中にポキッと音がし，陰茎が腫脹。陰茎海綿体背側の白膜が前回の手術創に近い所で2カ所（2.5cm，1.5cm）の菲薄化，この部を縫合。習慣的陰茎操作に起因した症例と，陰茎折症手術後14年目に再発した症例は興味深いものであった。