

第215回日本泌尿器科学会関西地方会

(2011年5月21日(土), 於 京都テルサ)

腎平滑筋腫の1例: 福田輝雄, 山口泰広, 岡本雅之, 小川隆義 (姫路赤十字), 内野かおり, 藤澤真義 (同病理), 桑山雅行 (宍粟総合) 43歳, 女性. 健診にて肝機能異常を指摘され近医内科を受診. 腹部CTで偶然左腎上極に径 34 mm 大の腫瘍を認め当科紹介受診. 造影CT, MRI などの画像所見から腎良性腫瘍が疑われたが, 悪性腫瘍の可能性も否定できず, 開腹による左腎部分切除術を施行した. 病理組織は平滑筋腫であった. 術後5カ月の現在まで再発の兆候を認めていない. 腎平滑筋腫は画像上特徴的な所見に乏しく, 術前の腎生検や術中の迅速病理診断でも高分化平滑筋肉腫との鑑別は困難である. そのため治療方針としては悪性腫瘍に準じた外科的切除を選択すべきであると考えられた.

異なる組織型が混在していた腎癌の1例: 原 琢人, 酒井伊織, 中野雄造, 竹田 雅, 三宅秀明, 田中一志, 藤澤正人 (神戸大) 症例は75歳, 男性. 近医でのCTにて左腎腫瘍を指摘され当院受診となった. 造影CTにて左腎上極に1 cm 大の hypervascular な腫瘍 (腫瘍1), 中央部にそれぞれ 3 cm 大 (腫瘍2) と 6 mm 大 (腫瘍3) の hypovascular な腫瘍を認め, 腎癌 cT1aN0M0 の診断にて根治的腎摘除術施行した. 腫瘍1は淡黄〜褐色充実性結節で病理にてClear cell carcinoma, 腫瘍2は白〜黄白色充実性の境界明瞭な腫瘍で Papillary renal cell carcinoma, type 1, 腫瘍3は黄白色充実性結節で Papillary renal cell carcinoma, type 2 であった. 2種類の異なる組織型が混在していた腎癌の報告はいくつか認められるが, 3種の異なる組織型が混在していた腎癌の報告はわれわれが調べた範囲では初めてであり, 文献的考察を加え報告した.

腎小細胞癌の1例: 王 聡, 宮後直樹, 小森和彦, 原田泰規, 安永豊, 岡 聖次 (国立大阪医療セ), 児玉良典 (同病理) 75歳, 女性. 2010年10月に左側腹部痛を自覚し近医受診. CTで左腎腫瘍を指摘され, 治療目的にて同月に当科初診. 当院CTにて左腎盂に径約5 cm 大の内部不整形腫瘍を認め, 画像上他臓器転移を認めなかった. 腎盂腫瘍を疑い左腎尿管全摘除術を施行予定であったが, 術中所見および術中迅速病理診断で RCC と診断, 左腎摘除術へ術式変更. 病理所見で腎盂脂肪組織を中心に小型円柱ないし多変形細胞の増生を認め, 血管性の間質を有し神経内分泌の特徴を示した. 免疫組織化学染色の結果: Chromogranin A 陰性, synaptophysin と NSE が陽性であり, 腎小細胞癌と診断された. 術後患者および家族の意向で補助化学治療を追加せず経過観察中. 術後4カ月目で再発・転移なく経過している.

腎原発未分化神経外胚葉性腫瘍の1例: 堤 尚史, 住吉崇幸, 岡村基弘, 仲島義治, 岩村浩志, 光森健二, 西村一男 (大阪赤十字) 16歳, 男性. 肉眼的血尿を主訴に近医受診, 腎炎疑いにて当院腎臓内科紹介. 混合性の顕微鏡的血尿あるも超音波で両側腎臓に明らかな腫瘍性病変認めず血尿も軽快したため1カ月で終診となった. さらに1カ月後, 肉眼的血尿の再燃, 背部痛, 発熱を主訴に当院救急受診. CTにて右腎巨大腫瘍と腎静脈から下大静脈へ侵入する腫瘍塞栓を認め右腎摘出術, 腫瘍塞栓摘出術を施行. 免疫組織学検査や遺伝子解析の結果, 腎原発未分化神経外胚葉性腫瘍と診断. 限局性であったが高悪性度の腫瘍のため多剤併用の術後補助化学療法を開始した. しばらくCRを維持したものの10カ月後に左肺へ転移し救済化学療法へ変更. その後も肺転移増大し肺部分切除術を施行, さらに胸水貯留, 左坐骨転移出現し化学療法を継続中である.

左上顎洞癌術後12年で右腎転移を認めた1例: 種田建史, 大年太陽, 片山欽三, 小林憲市, 加藤大悟, 鄭 則秀, 高田晋吾, 松宮清美 (大阪警察), 辻本正彦 (同病理), 藤井 隆 (大阪成人病セ耳鼻咽喉科) 75歳, 女性. 左下腹部痛の精査で施行したCTにて右腎腫瘍を認め当科紹介受診. 後腹膜鏡下右腎摘除術を施行し, 病理診断は腺様嚢胞癌 (ACC) であった. ACC は分泌腺に発生する悪性腫瘍で, 発育は緩やかであるが浸潤傾向が強く遅発性の転移を認めやすいという特徴を有する. 腎転移を認めた ACC の報告例は自験例を含めて世界

で10例ときわめて稀であり, 上顎洞腺様嚢胞癌の腎転移は過去に報告例がない. ACC の既往があり長期経過後に腎腫瘍を認めた場合は腎転移を想起する必要がある. 術前の確定診断には生検が必要である. 他の転移巣を認めない場合や, 両側転移により腎機能障害が予測される場合などは, 手術を考慮する必要がある.

スニチニブ, ソラフェニブにより間質性肺炎をきたした転移性腎癌の1例: 立花大和, 鎌田良子, 前田 覚, 西川徳彰, 北本興市郎, 玉田 聡, 川嶋秀紀, 仲谷達也 (大阪市大), 阪倉民浩, 安達高久 (住吉市民) 61歳, 男性. 主訴は肉眼的血尿. 右腎癌, 肺転移, 骨転移, 小脳転移と診断し, 経腹膜の根治的腎摘除術施行. 病期はpT2N0M1 であった. 続いて小脳転移に対して, 放射線療法施行. その後スニチニブを導入するもPDであったため, エベロリムスに変更したが, 肝機能障害にて中止. スニチニブを再度投与するも, 間質性肺炎を発症, ステロイド投与にて改善した. ソラフェニブに変更するも再度間質性肺炎を発症し, 一旦はステロイドパルス療法で改善したものの, 再度呼吸状態の悪化を認め死亡した.

テムシロリムスによる間質性肺炎の1例: 灰谷崇夫, 佐野剛視, 瀧本啓太, 梶田洋一郎, 七里泰正 (大津市民), 高尾典恭 (公立豊岡) 66歳, 男性. 2005年6月, 経腹的左腎摘除術を施行. 病理結果はpapillary RCC, G2>G3, INFβ, pT3apN1M0 であった. 術後, IFN-α 300万単位を週2回, 2カ月間投与するもうつ症状のため減量し, 3カ月投与も中止. 2009年2月, 左腎門部リンパ節転移に対してソラフェニブ 800 mg を投与開始するが, 効果不十分のため中止. 2010年12月, リンパ節増大を認めテムシロリムス 25 mg を週1回で投与開始. 評価病変に対して11%の縮小効果を得たが, 第10週に発熱, 炎症反応高値を認め入院. 胸部CT検査ですりガラス陰影, 浸潤影を認めた. 抗生剤を投与するも炎症反応の改善が乏しく間質性肺炎が疑われたため, ステロイドパルス療法を施行し, 炎症反応の改善を認めた. 以降, プレドニゾロンの内服投与に切り替え漸減中であり, 症状の再燃は認めていない.

スニチニブ投与中に急激なCK上昇を認めた転移性腎癌の1例: 牧野哲也, 葉山琢磨, 河野 学 (大阪市立十三市民), 上川禎則, 森本和也, 浅井利大, 石井啓一, 金 卓, 坂本 亘, 杉本俊門 (大阪市立総合医療セ) 79歳, 女性. 左腎癌に対し左腎摘除術施行 (T2N0M0). 術後5年目に脾転移, 右腎転移を認めた. インターフェロン, ソラフェニブを導入するも腫瘍増大を認めたため, スニチニブによる治療を開始した. スニチニブ投与10カ月目に突然のCK上昇を認めた. スニチニブを中止するも改善せず, 症状 (顔面浮腫, 冷感, 全身倦怠感など), 血液検査所見 (高コレステロール血症, 高トリグリセリド血症, LDH 上昇) から甲状腺機能低下症が疑われた. TSH 462 μl/ml, fT3 および fT4 は感度以下で甲状腺機能低下症と診断し, レボチロキシン投与にて軽快した. スニチニブ投与中は, 定期的な甲状腺機能検査と細かな臨床症状の確認が必要である.

中年男性の腎臓に認めた Angiosarcoma と Clear cell carcinoma の同時発生の1例: 南 幸一郎, 後藤絢子, 藤末 裕, 上原博史, 高原健, 稲元輝生, 右梅貴信, 能見勇人, 水谷陽一, 東 治人 (大阪医大) 49歳, 男性. 肉眼的血尿を主訴として受診. CTで右腎に腫瘍を認めた. 造影CTにおいて, 腎上極に辺縁から造影効果の漸増を認める腫瘍を, 腎下極に動脈相で造影効果を認める腫瘍を認めた. 貧血が高度であり輸血を行うも改善せず栄養血管の塞栓術を施行した. その後, 開腹右腎摘除術を施行. 病理組織は HE 染色, 免疫染色 (CD31, CD34) より右腎 angiosarcoma と右腎 clear cell carcinoma であった. 術後骨転移, 肝転移を認めたためソラフェニブの投与を開始した.

根治的腎摘除術後の対側腎臓に対しネオアジュバントとしてスニチニブを使用した2例: 福田聡子, 松岡庸洋, 加藤大悟, 永原 啓, 山本圭介, 矢澤浩治, 高尾徹也, 野々村祝夫 (大阪大) 症例1は77歳, 男性. 主訴は腎腫瘍精査治療. 肺炎にて近医入院中胸部単純CT

で腎腫瘍を指摘、その後の腹部造影CTにて両側腎腫瘍を指摘され当科紹介受診となった。左腎に10 cm大、右腎下極に3 cm大の腫瘍を認め、まずは根治的左腎摘除術を施行、組織はclear cell carcinoma, G2, pT2。その後スニチニブを2コース施行し右腎部分切除術を行った。術後経過は良好で現在経過観察中、症例2は55歳、男性。主訴は痙攣発作。痙攣発作にて近医救急搬送されCT施行。脳腫瘍と左腎腫瘍を認め、左腎癌、転移性脳腫瘍と診断、治療のため当科紹介受診となった。サイバーナイフ施行後に腹腔鏡下左腎摘除術を施行、組織はclear cell carcinoma, G2, pT3。術後7カ月目のCTで右腎中央部に径4 cm大の腫瘍あり、腎癌再発と診断、スニチニブによる術後化学療法を2コース施行し、右腎部分切除術を行った。術後脳転移の拡大も認めず現在経過観察中である。

小腸転移をきたした腎細胞癌の1例：窪田成寿、前澤卓也、成田充弘、永澤誠之、伊狩 亮、富田圭司、花田英紀、吉田哲也、牛田 博、上仁数義、影山 進、岡本圭生、荒木勇雄、岡田裕作（滋賀医大）52歳、男性。1999年9月、腎癌に対して根治的右腎摘除術施行（clear cell carcinoma, G1+2, pT1bN0M0）。2005年3月、肺転移出現しIFN- α 導入。2008年12月、肺転移増大に対しsorafenibを開始。2010年8月、動悸、ふらつきを自覚し貧血を認めた。上下部消化管には異常を認めなかったが、小腸内視鏡検査にて空腸に易出血性の単発隆起性病変を認めた。同年10月、腹腔鏡下小腸部分切除術を施行。淡明細胞癌を認め、小腸転移と診断した。貧血は改善し、術後6カ月生存中である。腎癌小腸転移は比較的稀であるが、腎摘除術後経過中に原因不明の貧血・消化管出血が持続する場合には小腸転移も念頭に置いて積極的に消化管精査を行うことが重要であると考えられた。

膿腎症をきたし腎摘除術を施行した分類不能型腎細胞癌の1例：中西裕佳子、相原衣江、楊 東益、白石裕介、東郷容和、田岡利宜也、上田康生、鈴木 透、樋口喜英、佃 文夫、兼松明弘、野島道生、山本新吾（兵庫医大）、造住誠孝、廣田誠一（同病理）70歳代、男性。ステロイド内服中、糖尿病を合併。発熱、意識障害にて近医救急搬送、膿腎症の診断にて転院。白血球上昇ありSIRS、DICを併発していた。CT、MRIにて右腎盂内に突出する腫瘍性病変とIVC周囲リンパ節腫大を認めた。重症膿腎症の診断にて保存的加療するも改善なく、右腎摘除施行。病理所見上腎盂粘膜は正常で、腫瘍は筋層直下より発生、診断は分類不能型腎細胞癌、T3aN2Mxであった。術後全身状態の改善を認めるも第30病日に癌性腹膜炎にて死亡。その後の検査にてG-CSF染色陽性であった。腫瘍による閉塞性膿腎症において、尿路上皮癌のみならず腎細胞癌も考慮すべきである。

腎移植後晩期にBKウイルス腎症を発症した1例：町田裕一、内田潤次、桑原伸介、前田 寛、鎌田良子、北 和晃、村尾昌輝、長沼俊秀、仲谷達也（大阪市大）、岩井友明（八尾市立）、熊田憲彦（市立吹田市民）51歳、男性。2002年5月にMPGNによる慢性腎不全のため血液透析導入。2004年4月に夫婦間生体腎移植術を施行。免疫抑制療法はタクロリムス、ステロイド、ミコフェノール酸モフェチル、バシリキシマブの4剤併用であった。以後移植腎機能はS-Cr 1.6 mg/dl前後で推移していた。腎移植後5年経過し、S-Cr 2.09 mg/dlと上昇し、同時期に尿中デコイ細胞が出現した。血中BKウイルスPCR定量検査にて7,400 copies/mlであり、移植腎生検にてBKウイルス腎症と診断した。治療としてタクロリムスをシクロスポリンへ、ミコフェノール酸モフェチルをミゾリピンに変更した。変更後、移植腎機能はS-Cr 2.3 mg/dl前後で推移し、血中BKウイルスPCRは検出感度以下となった。

腎被膜に発生した神経鞘腫の1例：小田晃康、原口貴裕、中野雄造、竹田 雅、三宅秀明、田中一志、藤澤正人（神戸大）症例：28歳女性。主訴：血尿。臨床経過：2010年11月16日血尿の精査にて右腎門部に腫瘍を認め、精査加療目的で11月24日当科を紹介受診した。MRI上、T1強調像で低信号、T2不均一に高信号であり神経原性の良性腫瘍と診断し1月7日摘除術を施行した。術中所見上、腫瘍と腎の境界は明瞭で容易に剥離可能であり腎臓を温存し腫瘍切除のみ行った。病理診断は神経鞘腫の像であった。神経鞘腫は、頭頸部や四肢に多く発生し、後腹膜原発は比較的稀で全神経鞘腫の0.5～5%である。また、腎に発生した神経鞘腫12例の報告のうち、腎被膜発生例は5例に認められ、そのうち自験例のように腎門部に位置するものは3例であった。治療法は全例で手術が施行されており、腫瘍のみを摘

出した症例は自験例を含め2例のみであった。

経胃的脾仮性嚢胞ドレナージにより腎機能が改善した腎被膜下嚢胞の1例：木村博子、熱田 雄、牧野雄樹、大饗政嗣、松井喜之、今村正明、清水洋祐、井上貴博、大久保和俊、神波大己、吉村耕治、兼松明弘、西山博之、小川 修（京都大）49歳、男性。腎癌に対して右腎摘術の既往あり。また、以前よりアルコール性慢性肝炎からの脾仮性嚢胞の形成を指摘されていた。腎癌術後の経過観察中、脾仮性嚢胞の増大と腎機能低下を伴う左腎被膜下液体貯留を認めた。脾仮性嚢胞が腎被膜下に穿破し、単腎の腎実質を圧排したことによる腎機能低下と診断。超音波内視鏡ガイド下に経胃的に脾仮性嚢胞を穿刺しビッグテールカテーテルを留置、内瘻化することにより、脾仮性嚢胞、腎被膜下嚢胞とともに消失、腎機能も改善した。低侵襲かつ脾液瘻形成のリスクの低い経胃的ドレナージは脾仮性嚢胞にともなう腎被膜下嚢胞の有効な治療オプションとなりうると考えられた。

腹腔鏡用器械を用いて碎石したインディアナバウチ内結石の1例：飯田剛嗣、河 源、地崎竜介、福井勝也、駒井資弘、日浦義仁、大口尚基、木下秀文、松田公志（関西医大枚方）62歳、男性。1996年に膀胱全摘、インディアナバウチの造設を施行。以降バウチ内結石に対して2度の手術歴がある。結石の再発、増大があり、70×40 mmと20 mm以下の結石を30個程度認めたために手術となった。結石の量が非常に多く、前回の手術においても完全摘除が不可能であったために、今回は腹腔鏡用器械を用いた碎石方法を施行した。まず腹腔鏡用トロカールの留置のため、穿刺を行い、腎痙攣拡張用バルーンダイレーターにて拡張し、そこに30 FrのAmplatz sheathを被せた。さらにその上から12 mmの腹腔鏡用トロカールを留置した。腎痙攣拡張用バルーンダイレーター、Amplatz sheathを抜去し、トロカールの留置が完成した。次に腹腔鏡用組織回収袋（Memobag）をトロカールからバウチ内に挿入した。トロカールから鉗子を挿入し、導尿管からの軟性尿管鏡観察下に、組織回収袋内に結石を収納した。組織回収袋の開口部を体外に引き出し、Amplatz sheathを組織回収袋内に挿入した。ここで硬性腎盂鏡を用いてリソクラストにて結石を碎石した。ある程度碎石したところで、Amplatz sheathにエバキュレーターを接続し碎石片は回収可能であった。手術終了時はバウチ壁の損傷や碎石片もなく、トロカールポートは縫合閉鎖し手術終了となった。結果としては結石量が多かったため2回に分けての手術となった。手術時間はそれぞれ242分、291分であった。歩行食事は術翌日から開始となり、周術期合併症は認めなかった。結石成分はリン酸マグネシウムアンモニウム結石であった。

高密度焦点式超音波療法（HIFU）後に根治的前立腺全摘術を施行した1例：上田政克、搦木 立、赤尾利弥、西村昌則（音羽）症例は58歳、男性。前立腺癌、初診時PSA 12.2 ng/ml、cT1cN0M0にてHIFU施行。術後、尿道-直腸ろうを認め、保存的に治療。その後、尿道狭窄に対して尿道拡張術施行した。PSA値は術後5カ月でnadir（1.11 ng/ml）となり、以後漸増。術後10カ月の時点で根治的前立腺全摘術を施行した。病理診断にてTZ領域にGleason score 3+3の腫瘍遺残を認めた。術後3年、再発なく経過している。HIFU後の再発に対して根治的前立腺全摘術は合併症のリスクが高いが有効な治療選択枝と考えられる。

病態診断が困難であった前立腺癌に伴う持続勃起症の1例：堀 俊太、森澤洋介、穴井 智、鳥本一匡、平山暁秀、田中宣道、藤本清秀、吉田克法、平尾佳彦（奈良医大）46歳、男性。2008年8月前立腺癌cT3aN1M1b、Gleason score 4+5=9（PSA 74.9 ng/ml）と診断。内分泌療法によりPSA 3.0まで低下したが、経済的理由で通院を中断。約9カ月後、尿閉で再診した際、PSA 257まで上昇していた。同時期より持続勃起症に伴う疼痛が出現。MRIで前立腺癌の陰茎海绵体浸潤あり。海绵体内血液ガス分析では動脈血に類似。ドプラ超音波検査では陰茎深動脈の拡張期圧は保たれており、かつ、血流が豊富であり、虚血型・非虚血型の判別は困難であった。シャント形成術や塞栓術の適応はなく、予後不良と考えられ、オキシコドン投与による疼痛管理を開始。約3カ月後に永眠。

亀頭に発症したKlippel-Weber症候群の1例：西澤 哲、児玉芳季、楠本浩貴、佐々木有見子、浦 邦委、吉川和朗、藤井令央奈、南方良仁、松村永秀、稲垣 武、柑本康夫、原 勲（和歌山医大）

48歳、男性。出生時から下肢の母斑を指摘されていた。主訴は陰茎痛。亀頭の変色を認め、虚血性の病変を疑い当科を救急受診した。片側肢の腫大、母斑、静脈瘤を認め、これらを三徴とする Klippel-Weber 症候群の亀頭病変と診断された。保存的に経過観察するものの陰茎痛が増悪し、壊死部のデブリドマンを施行。亀頭の肉芽形成、血流を認め、改善傾向にあったが、排尿時痛の増悪を認め、陰茎部分切除術を施行した。Klippel-Weber 症候群は全身の血管腫を伴い、約半数に関連病変の塞栓を認める。しかしながら約半数が保存的に加療できるため、外科的加療の適応について十分に検討する必要があると考えられた。

経尿道的閉塞術を施行した Cowper's syringocele の 1 例：増田憲彦，佐倉雄馬，北村悠樹，真鍋由美，伊東晴喜，三品睦輝，奥野 博（国立京都医セ） 19歳、男性。誘因なく発症した排尿後尿滴下を主訴に受診し抗コリン剤の内服治療、干渉低周波治療などを行うも5カ月間症状改善を認めなかった。膀胱尿道鏡にて尿道括約筋遠位5時方向に小孔を伴う膀胱構造を認め、また MRI、逆行性尿道造影により尿生殖隔膜あたりまで続く嚢胞状構造物を認め、Cowper's syringocele と診断した。経尿道的閉塞術を施行して症状消失し、術後7カ月間の症状再発を認めていない。小児期に血尿、尿路感染症、排尿障害などを契機に診断されることが多いが、成人での発症例の報告も散見される。誘因なく発症した排尿障害を認めた場合には成人であっても Cowper's syringocele の可能性を考慮すべきであると考えられた。

BCG 注入後に生じた Reiter 症候群の 1 例：野々村大地，片山欽三，真殿佳吾，嘉元章人，森 直樹，関井謙一郎，吉岡俊昭，板谷宏彬（住友病院） 91歳、男性。2002年5月、TUR-Bt 施行。術後、BCG（東京株）膀胱内注入を6回施行し、とくに有害事象認めず。2010年7月の尿細胞診で class V となり、精査の結果、右上部尿路 CIS と診断。2010年10月より右 Double-J カテーテル留置の上、BCG（コンノート株）膀胱内注入を1週間ごとに4回施行した。4回目の BCG 注入から7日後に 38℃ 台の発熱、背部痛、関節痛を認め、精査加療目的に入院。当初は尿路感染を疑い、抗生剤と NSAIDs で治療行っていたが、2週間経過後も症状の改善を認めず、尿培養、尿抗酸菌培養が陰性であったことから、この時点で Reiter 症候群と診断。PSL 10 mg と INH 治療を開始し、すみやかに軽快した。

BCG 治療後に発症した結核性前立腺膿瘍の 1 例：橋村正哉，星山文明，藤本 健，小野隆征，大山信雄，百瀬 均（星ヶ丘厚生年金） 61歳、男性。糖尿病と尿道狭窄の合併があり、膀胱腫瘍に対しこれまでに2回の TURBT を施行（初回 UC、G2、pT1、2回目 UC、G2、pTa）。今回、膀胱 CIS 再発に対し BCG 膀胱療法を合計8回施行したが、治療終了10日後に頻尿、排尿時痛の訴えがあり受診。CT で前立腺内部に膿瘍形成を認めた。抗生剤加療には反応せず、経尿道的ドレナージを施行。術中に回収した膿からは M. bovis が検出され、当院使用の膀胱用 BCG（コンノート株）と同一の菌体であると推察された。前立腺切片の病理結果では内腔に乾酪壊死を伴った肉芽腫を認め、同部にはラングハンス巨細胞、類上皮細胞、リンパ球が存在していた。以上より BCG 治療による結核性前立腺膿瘍と診断し、引き続き抗結核薬治療を開始した。本症例では、糖尿病と尿道狭窄の存在が前立腺膿瘍発症に関与した可能性があると考えられた。

膀胱癌再発による十二指腸狹窄に対し胃空腸吻合術を施行した 1 例：結縁敬治，角井健太，重村克巳，山崎隆文，山下真寿男（神鋼），芦田 兆（同消化器内科），大場健史（三田市民），西澤弘泰（済生会奈良外科），赤丸悟志（みどり内科） 65歳、男性。浸潤性膀胱癌に対し2008年1月膀胱全摘新膀胱造設術施行。病理診断は UC、G3、pT3pN2 で術後 M-VAC 2 コースを行った。約2年後に傍大動脈リンパ節転移が出現し GC 療法 3 コースを施行後に嘔吐、食欲不振が出現、経口摂取がまったくできなくなった。CT、MRI、上部内視鏡などで膀胱癌後腹膜浸潤による十二指腸狹窄と診断。2010年6月空置的胃空腸吻合術を施行した。痛死するまでの半年間経口摂取は問題なく、海外旅行にいくほど良好な QOL がえられた。泌尿器癌の再発様式として後腹膜浸潤があり、上部消化管の通過障害をきたした場合にはバイパス術の適応を検討してもよいと思われた。

治療に難渋した出血性膀胱炎の 1 例：高田 聡，橋村正哉，豊島優多，細川幸成，林 美樹（多根総合），藤本清秀，平尾佳彦（奈良医

大） 57歳、男性。2009年3月、悪性関節リウマチにてシクロホスファミド内服加療中、肉眼的血尿を認め受診。薬剤性の出血性膀胱炎と考え、生理食塩水による膀胱灌流、シクロホスファミド内服中止にて一旦症状改善。3カ月後に肉眼的血尿が再発し、再診。前治療を行うも、出血による膀胱タンポナーデを繰り返し、経尿道的止血術、水酸化アルミニウム・マグネシウムやトロンビンの膀胱内薬物注入療法を行ったが寛解せず。高圧酸素療法を他施設に依頼した。その後寛解したが、約6カ月を要した。

気腫性膀胱炎の 1 例：前田康秀（京都南），一戸田平，佳山智生（同内科） 82歳、男性。多発血管炎にてステロイド治療中、心不全にて入院。腹部 CT にて偶然、気腫性膀胱炎を指摘。膀胱鏡検査にて多数の粘膜下気腫を認めた。尿道カテーテルを留置し、セファレキシン2週間内服にて気腫消失。2カ月後腹痛にて来院。敗血症性ショックとなり来院8時間後に死亡。剖検では左半結腸の壊疽型虚血性腸炎が敗血症の原因と考えた。気腫性膀胱炎は尿道ドレナージと抗生剤投与にて改善することが多く比較的良好であるとされている。ただし糖尿病、悪性腫瘍、ステロイド内服などの基礎疾患を有する患者に発症しやすく、本邦102例中7例の死亡例が報告されている。自験例では膀胱炎以外の重症感染症により死亡した。気腫性膀胱炎の患者は常に重症感染症を生じる危険性のある易感染宿主であることを肝に銘じておかねばならない。

膀胱血管腫の 1 例：相馬隆人（相馬），岡本英一（同病理） 43歳、男性。無症候性肉眼的血尿を認め2010年7月当科受診。エコー、DIP、CT では明らかな異常所見を指摘できず、尿細胞診も陰性であった。軟性膀胱鏡検査にて膀胱後壁上方に径6~7mmの暗赤色で有茎性の腫瘍を認めたため、TUR-BT を施行した。腫瘍の病理組織診断は Cavernous hemangioma であった。術後10カ月現在再発なく経過している。膀胱血管腫は膀胱に発生する比較的良好な間葉系腫瘍で、われわれが検索しえた限りでは本邦で本症例が88例目であった。

Eviprost または Cernilton が有効であった BPS/IC の 7 例：坂口強（坂口泌尿器科クリニック） 間質性膀胱炎に有効な薬剤は、慢性気管支炎などの治療薬（塩化リゾチームなどの消炎酵素剤・IPD など）と下腹部疾患に有効な Herbal Medicine（清心蓮子飲・当帰芍薬散・猪苓湯・竜胆瀉肝湯などの漢方薬・セルニルトン・エビプロスタットなど）の2グループに分れる。各薬剤単独投与ではほとんど効果はないが、同一グループ内の併用は相加効果があり、2つのグループの薬剤間には相乗効果があることが解った。各グループから種類以上の薬剤を併用し、男女患者33例全例に効果があり、膀胱痛は消失軽減している。今回、塩化リゾチームとエビプロスタットまたはセルニルトンの組み合わせにより、2例追加で9例を治療し、膀胱痛の消失4例、軽度疼痛5例の全例に効果があった。同様に radiation cystitis の2例にも著効があり、直腸・膀胱からの出血は消失し、頻尿なども軽減している。

巨大尿管膿瘍の 1 例：矢野公大，廣田英二，荒木博孝（済生会滋賀） 67歳、女性。糖尿病と慢性腎不全にて他院通院中であつた。2010年11月より食欲低下と排尿時痛を認め前医に入院となった。入院時 CT にて膀胱頂部に腫瘍性病変を認め、当院へ転院となった。血液検査にて炎症反応と腎機能障害を認めた。膀胱鏡では膀胱頂部に圧排所見を認めたが、粘膜は正常であつた。MRI では膀胱頂部壁外性腫瘍と思われる約60mm大の腫瘤影を認めた。T1 強調画像にて低信号、T2 強調画像にて高信号を示し、同心円状の内部構造を認めた。腫瘍と連続して尿管管方向に T2 強調画像で高信号を呈する部位を認め、膿瘍と考えられた。局所麻酔下にて膿瘍を切開排膿したところ、膿瘍と考えていた部位と連続しており、巨大膿瘍であつた。膿培養は *Staphylococcus aureus* であつた。尿管管全摘除術を行い、病理診断の結果、悪性所見は認めなかった。

前立腺神経内分泌癌の 1 例：小川悟史，桑原 元，三浦徹也，近藤有，玉田 博，山田裕二，濱見 學（兵庫県立尼崎） 78歳、男性。前立腺癌の診断で外来にて MAB 療法施行中に排尿障害出現。さらに NSE 上昇を認めた。TUR-P 施行し、病理検査結果は、前立腺神経内分泌癌の結果であつた。CBDCA+CPT-11 を2コースおよび、放射線療法施行し、病変の縮小および NSE の低下を得た。しかし全身倦怠感のため、化学療法中止。その後NSE再上昇し、新たに肺転移認

めたため、化学療法再開。しかし4コース施行後PDであったため、中止。Second line DOC, Third line EP 施行したがいずれもPD。その後BSCに移行した。神経内分泌癌は各分野で集学的治療が行われているが、予後はいずれも不良である。今回CBDCA+CPT-11および放射線療法を用い、一定の効果をえることができた。

原発性前立腺扁平上皮癌の1例：今井聡士，西川昌友，山野 潤，阪本祐一，中村一郎（神戸市立医療セ西市民），友岡義夫（友岡）66歳，男性。主訴：頻尿。近医泌尿器科で尿細胞診class IIIを指摘され、2006年12月精査加療目的に当院受診となる。直腸診では前立腺は鶏卵大で硬く、辺縁不整であった。PSA 0.98 ng/ml, SCC 抗原 51.2 ng/ml と高値を示し、腹部MRIでは、前立腺全体は内部不均一で膀胱、直腸に浸潤する腫瘤影を認めた。前立腺生検にて扁平上皮癌と診断され、2007年2月骨盤内臓全摘除術を施行した。最終病理診断は原発性前立腺扁平上皮癌であった。術後リンパ節転移をきたし、放射線療法と抗癌化学療法（GC療法15コース）を施行したが、45カ月で癌死した。本疾患の本邦報告23例のうち、診断後3年以上の生存は自験例を含めて3例しかなく、予後不良であるが集学的治療が重要である。

内分泌治療により腺癌から扁平上皮癌への分化が顕著となった前立腺癌の1例：長嶋隆夫，新納摩子，伊達成基（長浜市立湖北），向所賢一（滋賀医科大学診断病理学）68歳，男性。PSA 7.06 ng/mlにて前立腺針生検を施行した。腺癌（Gleason score 4+4=8）の診断にて約6週間の内分泌治療（CAB）を実施した後、前立腺全摘術を施行した（pT2cN1M0）。摘出標本では腫瘍の大部分が扁平上皮癌に変化し、内分泌治療により腺癌から扁平上皮癌への分化が顕著となった病態と考えた。術後10日目のSCCは1.6 ng/mlと軽度上昇を認めるも、PSAは術後4週目以降0.00 ng/mlを維持している。術後化学療法としてTPF（docetaxel, CDDP, 5-FU）療法を行い、現在術後8カ月を経過して再発を認めず、経過観察中である。内分泌治療中に腺癌が扁平上皮癌へ組織転換する例は非常に稀であり文献的考察を加えて報告する。

乳癌と前立腺癌の重複癌の1例：安富正悟，杉本公一，小池浩之，江左篤宣（NTT西日本大阪）59歳，男性。2008年5月、左乳癌に対し乳房部分切除術とセンチネルリンパ節生検の既往。2010年8月、検診でPSA高値を指摘され当科受診。受診時のPSA 74.97 ng/ml。乳癌の病理組織診断は非浸潤性乳管癌，pTis, ly（-），v（-），ER（+），PR（+），HER2（+）。前立腺生検施行し、Gleason score 5+4=9、低～中分化型腺癌，cT2bN0M0。CAB療法を開始、経過良好でIMRT施行予定。乳癌と前立腺癌の重複症例の報告は散見され、一方の内分泌療法によるホルモン環境の変化が他方の発症に影響すると思われる。本症例は乳癌に対する内分泌療法を施行しておらず、内分泌療法によって前立腺癌が誘発されたものではない。このような報告は稀であり、乳癌の再発に注意しつつ治療を継続していく必要がある。

精巣原発平滑筋腫の1例：岡田紘一，岡田宜之，川村憲彦，氏家剛，任 幹夫，辻畑正雄，三好 進（大阪労災）74歳，男性。左陰囊内容の無痛性腫大を主訴に受診。左陰囊内容は鶏卵大・弾性硬であり、超音波検査では、左精巣内に径4.5 cm大の境界明瞭・内部不均一な低エコー腫瘤を認めた。胸腹部CTでは転移を認めなかった。また、腫瘍マーカー（LDH, AFP, HCG, β HCG, sIL-2R）は基準値内であった。左精巣腫瘍に対して、高位精巣摘除術を施行した。腫瘍は被膜に覆われ白色調であり、一部に出血を伴っていた。病理組織診断は精巣原発平滑筋腫であった。術後経過は良好で術後5カ月を経過した現在、再発の徴候を認めていない。精巣原発平滑筋腫の報告例は本症例で8例目であり、本邦では2例目である。今回われわれは非常に稀な精巣原発平滑筋肉腫の1例を経験したので、若干の考察を加えて報告する。

異時性両側精巣悪性リンパ腫の1例：鄭 裕元，倉橋俊史，丸山聡，田中宏和（加古川医療セ），田代 敬（同病理）【症例】86歳，男性。1999年1月、左精巣腫瘍の診断で高位精巣摘除術を施行。病理診断はDiffuse large B-cell lymphoma（DLBCL）であった。CTにて左鼠径リンパ節および左腎門部リンパ節腫大を認め臨床病期IIE（Ann Arbor分類）と診断。CHOP療法を5コース行い完全寛解。今回、

2010年11月頃より右精巣腫大を自覚。超音波では内部は均質で辺縁に一部hypochoic lesionを認めた。右精巣腫瘍と診断し2011年1月5日、高位精巣摘除術施行。腫瘍は8×4 cm大で、内部に出血壊死を認め辺縁は灰白色であり、病理診断は12年前と同様のDLBCLであった。LDH 296 IU/lと高値であったが腫瘍マーカーはsIL-2R, AFP, HCG- β は基準範囲内であり、明らかな転移を認めなかった。術後4カ月現在では再発を認めていない。異時性両側精巣悪性リンパ腫は本邦30例目の報告であった。

陰嚢内 Epidermoid cyst の1例：村上 薫，砂田拓郎，濱田彬弘，澤田篤郎，川西博晃，奥村和弘（天理よろづ）38歳，男性。右陰嚢腫大を主訴に近医受診。超音波で右陰嚢内に5 cmの境界明瞭で内部不均一な腫瘍を認めた。精巣腫瘍を疑われ当科紹介され即日入院。腫瘍マーカーには異常は認めず、CTにても転移所見認めなかったが、悪性が否定できないため入院翌日に右高位精巣摘除術を施行。腫瘍は白膜内にあり白色粥状で精巣を圧排していた。病理組織診断はepidermoid cystであった。現在術後4カ月目であり無治療で経過観察中であるが、再発所見は認めていない。本症例では嚢胞のサイズが大きく精巣腫瘍との鑑別が困難であったが、術前にドップラーエコーやMRIなどをを行いepidermoid cystを念頭に置き、術中迅速診断で確定すれば、腫瘍核出術を施行できたと考えられた。

両側精索腫大を契機に発見された悪性腹膜中皮腫の1例：惣田哲次，山中和明，平井利明，岸川英史，西村憲二，市川靖二（県立西宮）67歳，男性。既往歴はNASH, 肝硬変，前立腺生検，精管結紮術。両側鼠径部腫大および圧痛を主訴に当院内科より紹介。腹部造影CTおよびMRIにて両側の精索腫大を認めた。当初感染症を疑い抗生剤投与するも効果を認めず、症状緩和および診断目的に本人同意のうえ、両側高位精巣摘出術施行。病理組織は厚い細胞質をもつ異型細胞が腺管乳頭状構造をとっており、免疫組織染色ではカルレチニン陽性で悪性中皮腫と診断。腹水穿刺にて細胞診陽性。悪性腹膜中皮腫の両側精索浸潤と診断した。CDDP+paclitaxelの全身化学療法を行うも、術後3カ月で死亡。精索腫大を契機に発見された悪性腹膜中皮腫の報告は少なく、若干の文献的考察を加えて報告する。

下大静脈後尿管に合併した右腎盂癌の1例：粥川成優，林 一誠，岡山大輔，宮下浩明（近江八幡市立総合医療セ）74歳，男性。主訴は無症候性肉眼的血尿。膀胱鏡で右尿管口からの血尿を認めた。CTで右腎盂癌を指摘した。RPでは右腎盂に腫瘍陰影欠損と下大静脈後尿管を疑う所見を認めた。右分腎尿はclass Vであった。後腹膜鏡補助下右腎尿管全摘術を施行した。手術時間は4時間11分、出血量は49 mlであった。右腎臓の剥離と切離を行った後、後腹膜腔鏡を用いて、手術操作を容易にするために下大静脈を交差する尿管周囲の剥離を行った。後腹膜腔鏡のまま、後腹膜腔内への癌細胞播種防止のために、切断部位を十分にシーリングしてから切離を行った。尿管をそのまま引き抜き、下部尿管をbladder cuffにて切離、摘出した。病理所見はUC, pTa, G2であった。術後4カ月経過したが、再発・転移は認めていない。

診断に苦慮した尿管 Endometriosis の1例：宮下雅亜，内藤泰行，藤井秀岳，木村泰典，藤原敦子，岩田 健，鴨井和実，三神一哉，沖原宏治，高羽夏樹，河内明宏，三木恒治（京府医大）40歳，女性。主訴は左側腹部違和感と肉眼的血尿。膀胱鏡検査で左尿管口から突出する腫瘍を認めた。CT・MRIで同腫瘍は左尿管から子宮付属器へと連続し、左水腎症と左外腸骨リンパ節腫脹を認めた。経尿道的生検を施行したところ、病理組織学的に典型的な尿路発生の悪性腫瘍ではなく、鑑別診断として尿管癌、卵巣癌、卵管癌および婦人科良性腫瘍などがあげられた。悪性の可能性も否定できず、患者および家族に十分な説明のうえ、左腎尿管全摘除術および卵巣悪性腫瘍手術を施行した。病理組織学的診断はendometriosisであった。尿管endometriosisと悪性疾患との鑑別は困難で、十分な検討の上治療方針を決定することが重要である。

成人巨大尿管症の1例：秦 健一郎，井上貴昭，増田朋子，西田晃久，川喜多繁誠，杉 素彦，室田卓之（関西医科大学）43歳，女性。健診エコー検査で左水腎症指摘、症状認めず。血液・生化学検査・沈渣にて異常認めず。CTで腎杯・腎盂は拡張し尿管下端まで水尿管を認めた。RPでVUJに3 cm程度の狭窄を認め、レノグラムに

て閉塞型を示した。経尿道的尿管拡張術施行するも改善せず。経過中、左腰背部の疼痛出現し、尿管カテーテルを挿入し疼痛・水腎症改善したため疼痛の原因は巨大尿管症と診断した。狭窄部位を切除し余剰の尿管壁を切除、terpering 法で尿管形成した。粘膜トンネル作成の上 Cohen 法で尿管膀胱新吻合施行した。術後疼痛は消失し、水腎症も改善した。

女性尿道憩室腺癌の 1 例：浦 邦委，佐々木有見子，楠本浩貴，西澤 哲，吉川和朗，児玉芳季，藤井令央奈，南方良仁，松村永秀，稲垣 武，柑本康夫，原 勲（和歌山県立医大） 症例は、69歳、女性。肉眼的血尿・排尿困難を主訴に当科を受診するも、不正性器出血・神経因性膀胱と診断され経過観察となっていた。しかし、その後何度も血尿・尿閉をきたしたため、腹部エコーを再検したところ膀胱頸部尿道寄りに充実性嚢胞性腫瘍性病変が指摘された。CT・MRI にて傍尿道腫瘍が疑われ、経膣針生検・嚢胞内容液細胞診検査で悪性が示唆されたため膀胱尿道全摘除術を施行。病理結果は尿道憩室由来として矛盾しない clear cell adenocarcinoma であった。術後3カ月が経過しているが、再発・転移は認められていない。

広範囲開放性前部尿道損傷の 1 例：中井 靖，松本吉弘，青木勝也，篠原雅岳，影林頼明，三馬省二（県立奈良） 44歳、男性。1997年、前妻に外尿道口より腹側をカミソリの刃で切開された。近医を救急受診され縫合手術を受けたが、修復不可能であった。その後、数か所の泌尿器科を受診したが、手術困難とのことで手術されず、以降は泌尿器科を受診されていなかった。再婚、転居を機に、尿道再建術を再度希望され、近医受診、当科紹介受診となる。受診時、外尿道口より、下部陰茎まで切開されており、陰茎腹側、背側に多数の tattoo を認めた。尿道粘膜は保たれており、1 期的尿道形成術を行った。術後経過良好であり、立位排尿が可能となり、術前認められていた ED も改善した。外傷性の開放性前部尿道損傷は、尿道カテーテルによる損傷や、尿道異物による尿道皮膚瘻などの報告は認められるが、本症例

のように尿道を切開され、尿道形成術を行った報告は調べた限りでは認められなかった。

難治性陰茎海绵体膿瘍に対し陰茎切断術を施行した 1 例：竹澤健太郎，中井康友，奥田英伸，矢澤浩治，辻村 晃，野々村祝夫（大阪大） 67歳、男性。52歳時より結節性多発動脈炎に対しステロイド療法中であった。2005年3月、排尿困難主訴に受診。振子部尿道の狭窄にて内尿道切開術を施行。2005年10月、陰茎背側に有痛性硬結が出現。圧迫にて外尿道口よりの膿汁排泄を認めた。MRI にて陰茎海绵体膿瘍と診断した。尿道カテーテルを留置し経過観察としたところ膿瘍は徐々に縮小した。しかし2009年4月、亀頭部潰瘍が出現。潰瘍底は尿道と交通し強い疼痛を伴っていた。保存的治療では改善得られず、疼痛コントロール目的に陰茎切断術を施行した。術後疼痛は消失し経過良好である。陰茎海绵体膿瘍は稀な疾患で調べた限り自験例は本邦25例目の報告であった。難治例が多く、しばしば陰茎切断術が必要となる。

外傷により発症した動脈流入過剰型持続勃起症の 1 例：石田博万，矢野公大，山田恭弘，平原直樹，伊藤吉三（京都第二赤十字） 59歳、男性。スキー中に会陰部を打撲。尿道出血を認めたため、前医受診。尿道損傷の診断で膀胱瘻造設され加療継続のため当院紹介受診。腰椎麻酔下に尿道鏡施行したところ、尿道部分断裂を認め尿道バルンカテーテルを留置した。受傷5日目、半勃起状態が持続。会陰部ドブラ超音波断層法で陰茎海绵体内に血液の乱流を認め、動脈流入過剰型持続勃起症と診断。内陰部動脈造影にて両側内陰部動脈の分枝から陰茎海绵体へのシャント血流を認め、自己凝血塊を用いて塞栓術を施行。持続勃起症は一時的に改善したが再発。再度、血管造影を施行したところ、右内陰部動脈の分枝からのシャント血流が再疎通していたため、ゼラチンスポンジにて塞栓術施行。その後は持続勃起症の再発や勃起能の低下を認めていない。