

学会抄録

第226回日本泌尿器科学会東海地方会

(2004年12月12日(日), 於 中外東京海上ビルディング)

成人に発症した **Mesoblastic Nephroma** の 1 例: 清家健作, 斉藤昭弘, 河田幸道(中濃), 森 良雄(同病理) 51歳, 女性. 2003年9月16日成人病検診にて腹部超音波検査異常を指摘され10月6日当科初診となった. 腹部超音波検査では右腎上外側に内部不均一で複数の嚢胞を伴う腫瘍を認め, 造影CT, MRI などにて径40mmの乏血管性腫瘍を認めた. 諸検査より乏血管性腎細胞癌, 嚢胞性腎細胞癌などを疑ったが質的診断は得られず, 11月13日に右根治的腎摘除術を施行した. 腫瘍は40×52mmで多数の嚢胞を伴い, 被膜は認めなかった. 病理組織像は紡錘型, 多型核の束状繊維組織が主体で上皮成分, 脂肪成分, 血管成分も認め **Mesoblastic Nephroma** と診断した. 本疾患は特徴的な所見がなく, 自験例のように確定的な診断が得られず手術となる例がほとんどである. 良性疾患であり今後手術の適応, 手術法についてさらなる検討が必要であると考えられた.

腎炎症性偽腫瘍の 1 例: 池上要介, 秋田英俊, 林 祐太郎, 戸澤啓一, 丸山哲史, 窪田裕樹, 安藤亮介, 神沢英幸, 内木 拓, 郡 健二郎(名古屋大) 症例は68歳, 男性. 微熱を主訴に他院受診し, 腹部CTにて右腎に腫瘍を認めた. 当科にて精査し右腎腫瘍, 傍大動脈リンパ節転移の診断. 右腎摘除術施行. しかし摘出標本CTとは別の部位に腫瘍を認めた. 病理組織学的診断にてCT上の位置には炎症細胞の高度の浸潤を認め, 偽炎症性腫瘍と診断された. また標本で指摘された腫瘍は扁平上皮癌であった.

腎動脈瘤の 2 例: 鈴木泰介, 伊原博行(共立菊川), 北島直登(北島クリニック), 鈴木和雄, 大園誠一郎(浜松医大) 今回われわれは腎動脈瘤の2症例を経験した. 症例1は, 49歳, 男性. 左背部痛のため当院整形外科を受診. KUBで石灰化嚢胞様の病変を認め, 当科受診. 精査の結果, 径2.5cmの左腎動脈瘤と診断. In situで動脈瘤切除・血行再建術を施行した. 術後経過は良好で, 主訴も消失した. 症例2は, 61歳, 女性. 低カリウム血症精査目的で内科入院中, 腹部CTで偶然右腎動脈瘤が発見され, 当科紹介受診. 画像診断上, 径4.5cmの右腎動脈瘤であった. 画像診断上血行再建は困難と思われたため, 右腎も含めて手術を施行した. 術後経過は, 良好である. 腎動脈瘤は, 稀な疾患であり1998年からの6年間で, 調べた限り本症例を含めて36例が報告されていた.

選択的動脈塞栓術にて腎機能を温存し得た3型腎損傷の 2 例: 彦坂和信, 桑原勝孝, 森川高光, 石瀨仁司, 佐々木ひと美, 宮川真三郎, 日下 守, 石川清仁, 白木良一, 星長清隆(藤田保衛大) 症例1: 22歳, 男性. ラグビーの試合中タックルを受け受傷. 来院時造影CTで, 右腎上極1/3に粉碎した腎と血腫を認め, 日本外傷研究会腎損傷分類3c型と診断. 緊急血管造影検査を行い漏出する造影剤と偽性動脈瘤を認めTAEを施行. 造影CT後のKUBで右腎杯下2/3に腎機能の残存を認めた. 症例2: 44歳, 女性. 左側腹部を蹴られ受傷. 来院時造影CTで左腎背側1/3に深在性裂傷を認め, 同分類3a型と診断した. 緊急血管造影検査にて, 造影剤の漏出と偽性動脈瘤を認めTAEを施行. CTで縮小した血腫と2/3の腎機能の残存を認めた. 3型腎損傷では他臓器損傷がなければTAEを含めた保存的治療を第一選択にすべきであると考えられた.

左腎出血と過多月経を呈した **Nutcracker** 現象の 1 例: 松本力哉, 中西利方(共立湖西総合), 鈴木和雄, 大園誠一郎(浜松医大) 28歳, 女性. 主訴は過多月経, 貧血および肉眼的血尿. 腹部CTでは, 腹部大動脈直上で左腎静脈は狭窄, 中樞側腎静脈と卵巣静脈の拡張を認めた. **Nutcracker** 現象の診断で, 2003年8月13日, 腹部血管造影およびPTA(Percutaneous Transluminal Angioplasty)施行. 左腎静脈は狭窄し, 中樞側腎静脈と左卵巣静脈は拡張, 子宮体部まで逆流を認めた. 過多月経は, 左卵巣静脈の逆流による骨盤内うっ血が原因と考えられた. 左腎静脈圧と下大静脈圧の圧較差は7mmHgと異常高値であった. PTA施行後, 肉眼的血尿と過多月経は消失, 貧血は改

善. 重症 **Nutcracker** 現象による左腎静脈狭窄・腎出血に対して, PTAは有用な治療法であると考えられた.

巨大褐色細胞腫の 1 例: 佐藤乃理子, 白木良一, 森川高光, 石瀨仁司, 伊藤 徹, 佐々木ひと美, 桑原勝孝, 宮川真三郎, 日下 守, 石川清仁, 星長清隆(藤田保衛大), 桜井孝彦(知多市民) 58歳, 男性. 2004年6月左上腹部腫瘍, 体重減少を主訴に近医受診, CTで12×8cmの嚢胞状腫瘍を認め, 当科紹介受診となった. 血中カテコールアミン上昇, 尿中VMA値上昇, ¹²³I-MIBGシンチにて嚢胞壁に一致したring状のuptakeを認めた. 2004年9月15日, spiral incisionにて経胸後腹膜に左副腎摘出術を施行, 摘出標本の重量は1,252g. 病理診断は褐色細胞腫であった. 現在, 術後3カ月, 経過は良好で外来にて経過観察中である. 褐色細胞腫は腫瘍重量が500g以上の巨大なものは約7.8%と稀であり, 巨大なものは嚢胞形成することが多い傾向がみられた.

下大静脈原発平滑筋肉腫の 1 例: 萩倉美奈子, 服部良平, 小松智徳, 加藤真史, 吉川羊子, 後藤百万, 小野佳成(名古屋大) 60歳, 女性. 2004年6月人間ドックの腹部エコーで右副腎腫瘍を疑われ, 当科紹介受診. 画像所見より下大静脈由来の腫瘍と診断, 2004年9月17日手術施行. 腫瘍は右腎静脈やや尾側から頭側の下大静脈に存在した. 腫瘍摘出に先立ち, 右腎動脈をクランプし右腎静脈を6cm尾側のIVCへ端側吻合する, 右Renal descensusを施行. 次いで, 腫瘍頭側と尾側のIVC, 左腎静脈をそれぞれクランプし, 下大静脈と腫瘍を摘出し人工血管で置換した. 手術時間8時間10分, 出血量1,031ml, なお, 右腎動脈血流遮断時間は29分であった. 摘出検体重量38g, 腫瘍径58×34×25mm, 病理組織診断にて, 下大静脈の中膜より増殖する平滑筋肉腫と診断. 術後2週間で退院, 外来にて予防的に放射線照射を行った. 現在, 術後約3カ月で人工血管の血流良好であり再発所見は認めていない.

腎悪性リンパ腫の 1 例: 高田俊彦, 山田佳輝, 宇野雅博, 米田尚生, 藤本佳則(大垣市民) [症例] 65歳, 男性. 既往歴: 糖尿病, 現病歴: 2004年5月4日より右胸部背部痛あり, 近医受診. CT上右腎腫瘍を認め, 当科紹介受診. 現症: 特記事項なし. 検査所見: LDH 213 IU/L, 尿沈渣 RBC 0/hpf, WBC 0/hpf, 尿細胞診 class 1. 画像検査: US上内部エコー low で均一な腫瘍であり, CT上 43×60mm 大の造影効果の乏しい境界不明瞭な腎から腎門部へ浸潤する腫瘍および右腎門部リンパ節腫大を認め, MRIではT1T2強調ともにやや低信号の腫瘍であった. RP上は右上部尿管に狭窄を認めた. 臨床経過: 右腎盂癌を疑い, 手術施行. 腎門部リンパ節腫大著明で, 癒着強く右腎摘出術のみを施行した. 病理結果は, びまん性大細胞型B細胞性悪性リンパ腫であり, 術後のPETにて傍大動脈リンパ節に異常集積を認め, 現在 R-CHOP 療法施行中.

特異な経過で発症した線維症の 1 例: 三輪好生, 藤広 茂(岐阜赤十字), 根笹信一(高山赤十字) 症例は55歳, 男性. 主訴は心窩部痛, 食欲低下. 既往歴は慢性関節リウマチ, シェーグレン症候群. 腹部超音波にて両側水腎症を認め, 逆行性腎盂造影にて両側下部尿管の高度狭窄を認めたため尿管ステントを留置. また左の陰囊内に鶏卵大の硬い腫瘍をふれ, 鼠径管内まで連続していた. 骨盤CTでは両側尿管周囲を全周性に覆う, 辺縁不整な索状の浸潤影を認めた. 他臓器の悪性腫瘍は認めず精巣腫瘍の後腹膜転移を疑い左高位精巣摘除術施行. 病理所見では, 精巣周囲と精索は, 硝子化と強い炎症反応を伴った, びまん性の線維化による肥厚を認めたが明らかな悪性所見は認めず, 膠原病に伴う二次性後腹膜線維症の陰囊内への伸展と診断. ステロイドパルス療法を開始し投与後3カ月目で尿管ステントを抜去. その後のDIPで水腎症は消失し再発は認めていない.

S状結腸憩室炎による膀胱炎症性偽腫瘍の 1 例: 久保田恵章, 野村

由理, 玉木正義, 前田真一 (トヨタ記念), 西脇 忠 (同外科) 65歳, 女性。2004年3月15日, 切迫性尿失禁にて当科受診。膀胱鏡にて膀胱三角部に約50mmの腫瘍を認めた。入院にて, TUR生検施行した。病理組織は炎症細胞の浸潤が認められ, 悪性所見は認めなかった。一度退院するも, 発熱, 膀胱刺激症状を繰り返すため, 再度入院精査となった。腹部CTにて, 膀胱とS状結腸との間に骨盤内膿瘍を認めた。注腸造影検査にてS状結腸に憩室炎の穿孔と思われる造影剤の漏出を認めた。S状結腸憩室炎の穿孔による骨盤内膿瘍が炎症性偽腫瘍形成の原因と診断し, S状結腸切除術施行した。膀胱壁への穿孔は認めなかった。同年10月19日, 膀胱鏡検査にて術前に見られた巨大腫瘍は完全に消失していた。炎症性偽腫瘍は悪性疾患との鑑別が困難で, 鑑別診断には全身検索およびTURまたは膀胱部分切除が必要と思われた。

虫垂尿管瘻の1例: 岩本陽一, 鈴木竜一, 荒瀬栄樹, 神田英輝, 曾我倫久人, 大西毅尚, 金原弘幸, 有馬公伸, 杉村芳樹 (三重大) 症例は63歳, 女性。右腰腎症・敗血症・右腰部痛にて当科紹介受診。数カ月前に右下腹部痛・発熱を来たしたが, 1日で軽快したとの既往があった。初診時CT上, 右腰腎症・尿管結石の所見あり。腎瘻造設し洗浄施行した。逆行性腎盂尿管造影にて腸管への造影剤の流出が見られた。注腸造影にても同様に尿管への造影剤の流出が見られた。右腎機能の廃絶が見られ, 疼痛も軽快せず, 保存的治療は不可能と判断し右腎尿管全摘・右半結腸切除術施行。肉眼的組織所見にて虫垂・尿管瘻が, 病理学的所見として右腎に黄色肉芽腫性腎炎がみられた。虫垂・尿管瘻はきわめて稀な症例であり, 今回, われわれは若干の文献的考察を加えて報告する。

子宮摘出手術後に生じた膀胱瘻の1例: 錦見俊徳, 塩田隆子, 石田 亮, 山田浩史, 横井圭介, 小林弘明 (名古屋第二赤十字) 68歳, 女性。48歳時に某産婦人科医院において子宮筋腫にて子宮摘出手術を施行されている。手術後より尿失禁が出現するも, 20年間放置していた。症状が悪化したため, 2003年3月に当科初診となった。膀胱鏡にて膀胱後壁三角部寄りに周囲に発赤を伴った約2mm大の陥凹病変を認めたため, 逆行性に同部位より造影したところ, 瘻が造影された。膀胱瘻と診断し, 2003年8月膀胱瘻閉鎖手術を施行した。手術方法は, 子宮摘出後のため, 経膀胱的に膀胱内の瘻孔を閉鎖すると同時に産婦人科により経陰的にも瘻孔の閉鎖を行った。2004年10月現在, 術後1年以上経過したが尿失禁はなく, 膀胱鏡所見も瘻孔の再発を認めず, 術後の経過は良好である。

BCG膀胱内注入療法後の萎縮膀胱に水圧拡張術が有効であった1例: 澤田篤郎, 八木橋祐亮, 河瀬紀夫, 福澤重樹 (島田市民) 35歳, 男性。2002年5月右腎盂腫瘍にて後腹膜鏡下右腎尿管摘除術施行(pTisNxM0)。2004年1月膀胱CISを認め2月よりBCG(80mg)膀胱内注入療法を計6回施行した。治療後尿細胞診はclass1となるも排尿時痛・頻尿強くなり, 萎縮膀胱を認めた。抗結核薬に反応せず, ステロイド内服および水圧拡張術により症状の改善を認めた。萎縮膀胱は重篤な合併症の1つであり, 抗結核薬の投与やステロイド内服による治療が一般的であるが, これらは一定の効果が得られていない。水圧拡張術は不可逆的な萎縮膀胱に有効であると考えられるが, 水圧拡張前には膀胱腫瘍および結核菌感染のないことを十分に確認する必要があると考えられた。

Seminomaに対する放射線療法後に尿管癌が発生した2例: 水谷見輔, 加藤 卓, 中根慶大, 萩原徳康, 横井繁明, 江原英俊, 高橋義人, 石原 哲, 出口 隆 (岐阜大) 症例1: 57歳, 男性。38歳時, seminoma (stage IIB) に対して放射線療法施行 (傍大動脈領域48 Gy, 胸部12 Gy)。19年後に顕微鏡的血尿を契機に尿管癌と診断され手術施行。組織型は尿路上皮癌 pTa G1>G2。症例2: 55歳, 男性。30歳時, seminoma (stage IIA) に対して放射線療法施行 (逆Y字40 Gy, 左腎門部20 Gy)。24年後に腹部不快感を契機に尿管癌と診断され手術施行。組織型は尿路上皮癌 pTis G2。酒井らの確信度分類により放射線誘発の尿管癌と診断。Seminomaの放射線治療後には放射線誘発癌の可能性があり慎重な経過観察が必要だと考えられた。

前立腺針生検時PSA 100 ng/ml以下で根治的前立腺全摘術を施行した7症例の検討: 佐々直人, 上平 修, 磯部安朗, 木村恭祐, 舟橋康人, 松浦 治 (小牧市民) 局所に限局する前立腺癌に対する標準的

治療は根治的前立腺全摘術である。針生検時にPSA 100 ng/ml以上であったが, 画像診断上stage C以下であり, 6カ月以上のMAB療法後に, 根治的前立腺全摘術を施行し, かつ術後6カ月以上追跡可能であった7症例について検討した。年齢は66~76歳 (平均70.7歳), 針生検時のPSA値は110~270 ng/ml (平均161 ng/ml), neo-adjuvant施行期間は6~12カ月 (平均7.4カ月), 全例MAB療法でありLH-RH analog+フルタミドまたはビカルタミドを使用した。摘出病理所見では全例リンパ節転移を認めず, 局所浸潤性4症例に放射線治療を追加した。術後観察期間は7~31カ月。2症例は, 術後2年6カ月, 2年で生化学的再発をきたしたが, 5症例は高感度PSA低値で経過観察中である。

リン酸ジエチルベストロール (DES-DP) が有効であった再燃前立腺癌の2例: 梅本幸裕, 岡村武彦 (名城) 62歳, 男性。2002年12月前立腺癌 (低分化型腺癌, T3N1M2) にて紹介受診。8カ月でホルモン抵抗性となり, 2004年1月タキソール, カルボプラチン併用の化学療法を行ったが効果なく, 3月よりDES-DP 500 mg/日を14日間施行。以後内服200 mg/日で7カ月間生存した。69歳, 男性。2001年4月前立腺癌 (低分化型腺癌, T4N0M1) と診断。2年3カ月でホルモン抵抗性となり2004年1月より化学療法施行。一度は癌抑制傾向となったが, さらに再燃したため7月よりDES-DPを同様に投与し, PSA正常化し5カ月生存中である。再燃前立腺癌の治療にはDES-DP大量療法, 少量療法, タキサン系を用いた化学療法などが報告されている。DES-DPは再燃時にも試みる価値があると思われた。

Paclitaxel (PTX)+estramustine (EMP) が長期間奏効したホルモン不応性デキサメタゾン不応性前立腺癌の1例: 小島宗門, 廣田英二, 増田健人, 矢田康文, 三矢英輔 (名古屋), 早瀬喜正 (丸善ビルクリニック) 67歳, 男性。1997年9月stage D2前立腺癌と診断。PSAは1,192 ng/mlであった。MAB療法を開始し, 1999年4月に再燃。その後種々のホルモン化学療法やデキサメタゾン療法を行うも無効。2003年8月からTXL+EMPによる化学療法を開始。TXLの投与は外来通院で行い, 1週ごとに3回 (初期は6回) 連続投与後, 1週 (初期は2週) 休薬し, 1クールとした。開始時PSAは332 ng/ml, 最低値は244 ng/ml (開始3カ月後) で, NC持続期間は11カ月であった。PDとなった後もPSAの上昇は軽度で, 投与前のPSA値から算出したPSA doubling timeを基に推測したPSA曲線からは, PSA実測値は大きく下方に変位しており, 有効性を維持していると考えられた。

前立腺扁平上皮癌の1例: 成瀬克也, 水野秀紀, 細井郁芳, 青田泰博 (名古屋医療セ) 症例59歳, 男性。頻尿, 下腹部痛を主訴に2003年4月当科紹介受診。PSAは1.2 ng/mlと低値であったが, 直腸診で石様硬であったため前立腺生検施行。扁平上皮癌を認め, 採血上SCCは5.8 ng/mlと高値。CT上腫大した前立腺と直径約4cmに腫脹した右閉鎖リンパ節を認めたが, CT, 膀胱鏡, 骨シンチともに他に原発巣を認めず, 前立腺原発の扁平上皮癌と診断。同年5月MEC療法に加えペプロマイシンの5 mg/日, 5日間の4剤併用療法を計3クール施行。リンパ節の縮小, SCCも正常値まで低下。患者の希望で追加治療をすることなく2003年9月外来経過観察となった。しかし同年12月再び排尿困難, 多発性肺転移が出現し全身状態悪化, 結局全身状態の改善を認めることなく, 初診より12カ月後の2004年4月16日, 癌死した。

骨盤内臓全摘後多発肺転移をきたした前立腺肉腫の1例: 坂元宏匡, 東 新, 西尾恭規 (静岡県立総合), 井上幸治 (倉敷中央) 症例は26歳, 男性。肉眼的血尿, 会陰部痛を主訴に近医受診, 前立腺の腫大を指摘, 当科紹介受診。超音波, 直腸診より前立腺肉腫を疑い, 経直腸の前立腺生検施行。また尿中に組織片排出され, 尿閉にて入院となる。生検ならびに尿中の組織片の病理組織診から横紋筋肉腫を疑われ, 遠隔転移は認めておらず, 骨盤内臓全摘, 人工肛門, 回腸導管造設術施行。術後病理組織診は骨外性間葉性軟骨肉腫。術後1カ月の胸部CTにて多発肺転移を認め, CYADIC療法4コース, 一部内容を変更して4コース施行, NCであった。

膀胱全摘後15年で認めた尿道腫瘍の1例: 杉山貴之, 佐藤 敦, 工藤真哉 (聖隷浜松) 症例は75歳, 女性。1988年膀胱全摘, 回腸導管造設施行 (移行上皮癌G2>G3, pTis)。陰部出血主訴に2004年8月

当院受診。外尿道口部に径約1cmの発赤病変を認め、膣内診にて前膣壁腹側に弾性硬の腫瘤を触知、血液生化学上CEA, SCC, CA19-9とも正常範囲内。MRIにて尿道部の径3cm, 前膣壁に接するように存在する腫瘍を認め、尿道腫瘍の診断で2004年9月尿道摘除術施行。病理診断は移行上皮由来の未分化癌の診断であった。本例では初回膀胱全摘除時病理で尿道頭部断端は腫瘍病変なく、手術後15年経過の再発であった。女性例では報告例が多くなく断定出来ないが、non-functionalな尿道の残存は、長期経過後腫瘍発症リスクにつながる可能性もあると思われる。

巨大な陰嚢内脂肪腫の1例：佐藤 崇, 青木雅信, 平野恭弘 (藤枝市立総合), 鈴木和雄, 大園誠一郎 (浜松医大) 症例は49歳, 男性。約30年前より左陰嚢内の小指頭大の腫瘤を自覚。以後、著変なく経過も、約4カ月前より腫瘤が急速に増大したため、2004年7月27日、当科初診。左陰嚢は新生児頭大に腫大し弾性軟、表面平滑で圧痛を認めなかった。CT, MRIより最大径約20cmに及ぶ巨大な脂肪腫が疑われたが、高分化型脂肪肉腫を否定できず、精巣悪性腫瘍に準じて、高位にて精索を結紮、切断し、腫瘤と精巣を一塊として摘除した。腫瘤は薄い線維性被膜に覆われ、周囲との剥離は容易であった。摘出標本は1,108gであった。病理組織診断は脂肪腫であった。陰嚢内脂肪腫の本邦報告例は自験例が107例目であった。過去に5例、陰嚢内脂肪腫術後に脂肪肉腫として再発した例が報告されており、現在、再発も念頭に入れ、経過観察中である。

採精と顕微授精を異なる施設で施行した両側精管欠損症の1例：金子朋功, 佐々木昌一, 早瀬麻沙, 廣瀬泰彦, 成山泰道, 窪田泰江, 小島祥敬, 秋田英俊, 橋本良博, 林 祐太郎, 郡 健二郎 (名古屋市中大) 症例は26歳, 男性。不妊にて近医産婦人科受診、無精子症と診断され当科紹介となる。精巣サイズは正常、下垂体ホルモンも正常、精管を触知しなかったため、陰嚢試験切開で両側精管欠損症と診断した。妻の他県での体外授精の希望もあり、精巣生検で得た精子を顕微授精施設に搬送し凍結保存した。また、両側精管欠損症は本症例では認めなかったが、約70%に嚢胞性線維症の原因遺伝子であるCFTR遺伝子の変異を指摘されている。採精施設と顕微授精施設が異なる場合は、精子の確認、搬送の問題、遺伝子異常など患者への説明の問題があり、施設間での協体制の確立が必要であると思われる。

左精巣上体に生じたフィブリノイド壊死を伴う動脈炎の1例：松原広幸, 飛梅 基, 中村小源太, 青木重之, 瀧 知弘, 山田芳彰, 本多靖明, 深津英捷 (愛知医科大) 症例は61歳, 男性。左陰嚢の無症候性腫脹にて近医受診。精巣上体炎の診断で抗生剤投与されるも改善せず。MRIで左精巣上体の腫大あり。β-HCG <0.1, α-FP 1.84, CRP 0.3。当科紹介受診、左精巣腫瘍を否定できず、左高位精巣摘除術施行。陰嚢内には暗赤色の血液をみとめ精巣上体は白色腫大を呈していた。病理結果は精巣上体のフィブリノイド壊死を伴う動脈炎であった。[考察] 結節性多発動脈炎(PN)は全身性の小中筋型動脈に壊死性血管炎をきたす炎症性疾患であるが、本症例は限局性のPNと考えられる。陰嚢内腫瘍などの症状はPN症例の2~18%にあり、剖検で精巣上体、精巣の異常を60~80%に認める。精巣腫瘍との鑑別が困難なためPN症例の77%で摘出術が行われる。

尿道ステントによる全失禁法の1例：森 久, 伊藤 淳 (名古屋徳洲会総合) 括約筋を越える長い尿道ステントを用いて全失禁にあえてすることで対応した症例を報告した。1. 痴呆のため尿道留置カテーテルの留置が必要にもかかわらず、自己抜去され、危険なため本法を応用した。2. 前立腺癌括約筋障害のための排尿障害に本法を応用した。3. 痴呆症の女子排尿障害に應用した。4. 寝たきり女子排尿障害に本法を應用した。いずれも、尿失禁による皮膚炎はみとめていない。充分注意深く有害事象を観察する予定である。

前立腺全摘除術後に重篤な肺血栓塞栓症を合併し救命し得た1例：

竹内宣久, 平林 聡, 深津顕俊 (成田記念), 吉俣隆行 (同内科) 症例は59歳, 男性。既往歴では胃潰瘍の既往あり。T1cN0M0前立腺癌に対し2004年7月13日前立腺全摘除術施行。術直後は良好に経過したが、7術後日に胃潰瘍を合併。脱水となり安静を余儀なくされた。9術後日に胸痛発作あり。10術後日に心エコー検査にて右心負荷の所見あり。胸部造影CT検査にて両肺主幹肺動脈に造影欠損を認め、同時に左下肢に大腿部から足先に到る広範な深部静脈血栓を認めた。下肢深部静脈血栓症に合併した急性肺塞栓症と診断した。治療は、胃潰瘍を合併していたため、血栓溶解療法は禁忌であり、血栓吸引療法を施行後、ヘパリンとワーファリンによる抗凝固療法を施行した。これらの治療が奏功して救命しえた。発症時期が遅く、胃潰瘍が誘因となったことが特異と考えられたので報告した。

TURP後の前立腺切除部に結石形成を来した副甲状腺機能亢進症の1例：西原恵司, 岡田真介, 渡辺秀輝 (名古屋市中城西), 工藤淳三, 岸川博隆 (同外科), 金子朋功, 郡 健二郎 (名古屋市中大) 症例は72歳, 男性。前立腺肥大症のため2003年5月6日にTURPを施行。同年10月頃から頻尿、排尿困難が出現し再受診。超音波検査とKUBで前立腺切除部に広範な結石形成を認めたため、経尿道的に結石を除去した。左尿管結石の既往もあり、結石形成の原因検査を行ったところ高Ca血症、高PTH血症および高Ca尿症を認め、画像診断にて副甲状腺機能亢進症と診断した。同年12月3日に副甲状腺摘出術を施行。病理結果は腺種であり、術後には血中Ca, PTH値ともに正常化した。結石除去後から副甲状腺摘出術までの間に小結石の再発が生じたが、現在まで結石の増大は見られていない。

尿路結石症患者における尿中尿酸・クエン酸・グリコール酸の検討：大永田仁夫, 坂口復子, 原田雅樹, 大塚篤史, 新保 斉, 高山達也, 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) [緒言] 結石症患者における尿中物質を測定することは意義のあることである。[対象・方法] キャピラリー電気泳動法を用い尿路結石症患者10例の早朝尿における尿酸・クエン酸・グリコール酸の濃度を測定した。[結果] 尿酸, クエン酸, グリコール酸のクレアチニン比は0.032±0.031, 0.227±0.183, 0.140±0.114 μM/μMであった。[考察] 尿酸, クエン酸は諸家の報告と同様の値であったが、グリコール酸は結石症患者で高値であったことは興味に値する。しかしながら10例と少数例の検討であるため今後症例の蓄積と非結石症例との比較が必要であると考えられた。

泌尿器科卒後教育の在り方：平尾佳彦 (奈良県立医大) 現在、医療・教育・研究現場では大きな変革が進んでいるが、底流には、①競争の激化、②情報公開、③交流の促進、④価値観の変化、⑤資材・人材の不足などが上げられ、今回の新臨床研修制度も変革を促進する大きな要素になっている。激しい競争の中で研修プログラムや待遇を中心に自ら検討し、マッチングシステムで研修施設を選択してきた医師には魅力的な専門医研修プログラムを提示し、専門医として過不足のない環境を整備することが求められる。研修終了後には多くの研修施設ですべての研修医を継続してかかえる余地はなく、また臨床に明け暮れてきた若い医師の中には人と異なる領域を希望する、また、科学に枯渇している医師が少なからず存在することも確かである。このような若い医師を引きつけるには、日泌レベルで専門医修練が必要なのも確かである。このような若い医師をひきつけるには、レジデントとしての日泌レベルで専門医修練プログラムを構築することが求められる。このためには本邦における泌尿器科医の業務動態の把握と必要な泌尿器科医マンパワーを算出し、バランスのとれた適正配置を検討することが急務である。その上で、社会的な要請である泌尿器科診療施設ならびに専門医としての質の保証をどのように構築するかを検討する必要がある。同時に新卒後臨床研修制度、大学院改革、独立法人化などの文科省・厚労省の政策として、医局・講座は大学院・大学講座ならびに大学診療科の1単位として厳しい競争に直面していることを認識する必要がある。