

第 138 回日本泌尿器科学会山陰地方会

日時 2023 年 11 月 25 日 (土) 15:00 ~

会場 ビックハート出雲 2 階『茶のスタジオ』

膀胱水圧拡張術およびジメチルスルホキシド膀胱内注入療法を行ったハンナ型間質性膀胱炎の 1 例

大西浩生・中村成伸・本田 聡 (大田市立病院)

症例は 80 歳, 男性。数年前から続く蓄尿時下腹部痛, 尿意切迫感と頻尿を主訴に当院を受診した。肉眼的血尿はなく, 尿検査で細菌尿は陰性で膿尿陽性, 血液検査・胸部腹部単純 CT 検査では有意な異常所見を認めず, 尿細胞診は Class2 であった。膀胱鏡検査を実施したところ膀胱右側壁に数カ所, 潰瘍疑いと易出血性の粘膜病変を認めた。間質性膀胱炎を疑い, 十分なインフォームド Consent のもとに膀胱水圧拡張術および生検を行い, 内視鏡的・病理組織学的結果からハンナ型間質性膀胱炎と診断した。術後 3 週間でウロダイナミクス検査を行ったところ, 痛み・生食注入最大許容量ともに大幅な改善を認めた。その後ジメチルスルホキシドの膀胱内注入療法を計 6 回施行し, 現在でも比較的症状なく経過している。間質性膀胱炎は痛み・頻尿により日常生活に支障を来す難治性の疾患であるが, その希少性からガイドラインにおいても根治を期待できる治療方法はなく, また治療方法の選択について明確なコンセンサスは得られていない。従来, 膀胱水圧拡張術や抗うつ薬である Amitriptyline 内服, ジメチルスルホキシドを用いた膀胱内注入療法などが報告されているがその効果は限定的であり, さらに再発率は比較的高いとされている。当院においても過去に数例のハンナ型間質性膀胱炎患者に前述の治療を施行しているが, 本症例のような高齢男性は比較的に稀であり, 文献的考察を加えて報告する。

原発不明前立腺癌に対して Enzalutamide が奏功した 1 例

藤川慎之介・芝原彰良・大島勝太・杉谷智之

川上一雄・吉野干城 (鳥根県立中央病院)

原発不明癌は組織学的に転移性悪性腫瘍であることが確認され, 治療前に原発巣を同定できないものと定義される。原発不明癌全体の生存期間中央値は 3 - 10 カ月と予後不良である。今回, 原発巣を同定できず, 上部消化管内視鏡下生検で診断を得た前立腺癌に対して, Enzalutamide が奏功した 1 例を経験したため, 若干の文献的考察を加えて報告する。

症例は 70 歳, 男性。20XX 年 9 月に近医より労作時呼吸困難で当院を紹介受診。造影 CT で右肺腫瘍, 十二指腸腫瘍の右尿管浸潤疑い, 右外腸骨リンパ節腫大を指摘された。PET-CT でも上記部位に加え肺門部リンパ節に異常集積を認めたが, 前立腺, 骨を含め, 他に明らかな集積はなかった。肺腫瘍は気管支鏡下生検で肺扁平上皮癌の診断となった。十二指腸腫瘍は上部消化管内視鏡下生検を行い, 前立腺癌傍大動脈リンパ節転移, Gleason score: 5+5 の診断に至った。PSA 114 ng/ml と高値を示したが, 骨盤部 MRI で前立腺に悪性を示唆する所見はなく, 前立腺 12 カ所生検でも悪性腫瘍は同定できなかった。原発巣が不明の前立腺癌 cTxN1M1a に対し, 20XX 年 10 月から Enzalutamide, Degarelix を開始した。PSA は

漸減し, 画像所見においても傍大動脈リンパ節病変の縮小, 右外腸骨リンパ節病変の消失を認め, 20XX+1 年 10 月まで再発所見なく経過している。

前立腺癌左尿管転移の 1 例

清水 成・西川涼馬・神澤和慶・尾崎泰起・小山優里
山元惇史・山根浩史・清水龍太郎・木村有佑・山口徳也
森實修一・引田克弥・本田正史・武中 篤 (鳥取大学)
寺岡祥吾 (鳥取県立厚生病院)

症例は 76 歳, 男性。X-5 年, PSA 78.1 mg/dL で前医を受診, 精査の結果前立腺癌 cT3aN1M1 (多発骨転移, 大動脈リンパ節転移), GS 4+5=9 と診断され, 内分泌療法 (デガレリクス + ビカルタミド) を開始, PSA は 0.04 ng/ml 程度で推移していた。X-3 年, 尿検査で異形細胞と膀胱鏡検査で広基性結節型腫瘍を認めたため, 経尿道的膀胱腫瘍切除術を施行, Urothelial carcinoma (UC), micropapillary type, pT2 以上と診断された。胃癌の手術直後であり膀胱癌は放射線治療 (50Gy/Fr.) の方針となった。X-1 年, CT で左尿管腫瘍の疑いがあり逆行性腎盂尿管造影検査を施行, 陰影欠損と分離尿細胞診で悪性所見を認め, 左尿管癌と診断した。左尿管癌に対する手術加療依頼で当科紹介受診となったが, 同時に PSA も 4.00 ng/ml と上昇していたため, 去勢抵抗性前立腺癌と診断しエンザルタミドを開始した。X 年にロボット支援左腎尿管全摘除術を施行, 病理診断は UC, G3, pT3, 免疫染色の結果 PSA 陰性で当初は前立腺癌の転移は否定的との評価であった。しかし数カ月後の病理診断科との定期カンファレンスで, AMACR 陽性, cytokeratin7, cytokeratin20, p40, GATA3 のいずれも陰性であり前立腺癌の尿管転移の可能性が高いと診断された。

真性包茎に伴った多発包皮結石症の一例

寺岡祥吾 (鳥取県立厚生病院)

症例は 93 歳, 男性。要介護 5 で介護老人保健施設に入所中であった。2 年前より陰茎背側に 2 cm 大の硬結を確認され, 嘱託医が陰茎先端の硬結の増大に気付き当科紹介となった。診察すると陰茎包皮は翻転不能であり, 亀頭先端に可動性のない硬結を触れ, 陰茎を圧排すると包皮口から膿尿が滴下した。触診では陰茎自体の硬結か判断が難しかった。CT 画像では陰茎先端に 4 cm 大の石灰化と包皮内にも小石灰化結節を確認でき, 亀頭自体の石灰化所見ではなかった。真性包茎および包皮結石症と診断し, 背面切開と結石除去を施行した。包皮内側は全面で肥厚していたが癒着はみられず, 亀頭部も肉眼的には正常であった。意思疎通は困難であるも, 術前に撮影した CT では膀胱内に貯留している尿は少なく, 強い排尿障害はないものと判断してバルンカテーテル留置は行わず手術終了とした。結石の主成分はリン酸マグネシウム・アンモニウムであった。包皮結石症とは, 包皮嚢内に結石の停留した病態であり, 古くから

知られているが、まれな疾患とされている。包茎を伴い、ほとんどの例において、亀頭包皮炎症など、感染、炎症を合併するといわれている。今回、包皮結石症の症例を経験したため報告する。

尿管腔瘻に対して尿管膀胱新吻合を施行した1例

田村 丈・弓岡徹也・大野博文（松江赤十字病院）

症例は46歳、女性。X-1年7月、当院産婦人科にて子宮筋腫に対して開腹での子宮全摘・両側卵管切除術が施行された。退院後、尿失禁を主訴に産婦人科を受診した。エコーで左水腎症を認めたため当科紹介となった。逆行性腎盂造影にて左膀胱尿管移行部で軽度狭窄、腎機能悪化を認めたため左尿管ステントを留置した。左尿管ステント留置後、尿失禁は改善したため、尿管腔瘻を疑った。症状改善後に一旦尿管ステントを抜去したが、その後尿失禁が増悪したため再留置となった。後日、精査のため尿管ステント抜去後にインジゴカルミンを静脈注射すると、腔内に挿入したガーゼにインジゴカルミンが付着、また膀胱内にインジゴカルミンを注入するも腔内に挿入したガーゼにはインジゴカルミンが付着しなかったため尿管腔瘻と診断した。X年6月、尿管腔瘻に対して尿管膀胱新吻合をBoari法で施行した。尿管は末梢で癒着を強く認め、産婦人科での手術の際に損傷したものと考えられた。術後、尿道バルンカテーテル抜去後も尿失禁はみられなくなった。術後1カ月目に尿管ステントを抜去、その後腎機能悪化や水腎症は認めていない。

尿管腔瘻に対して尿管膀胱新吻合を施行した1例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

左腎盂癌術後補助化学療法中に急速に進行した後腹膜滑膜肉腫の1例

三原 悠・盛谷直之（浜田医療センター）

長崎真琴（同 臨床検査科）

症例は80歳、女性。X年8月に左腎盂癌に対して後腹膜鏡下左腎尿管全摘術後、術後補助化学療法としてゲムシタビン・シスプラチン併用療法を計2コース施行した。2コース終了後、同年11月のCTにて骨盤内に軟部腫瘍が出現し、骨盤内への再発・播種が疑われた。X+1年1月に腹痛と食欲不振を主訴に救急外来を受診し、身体所見にて下腹部膨満・圧痛・反跳痛を認めた。CTでは後腹膜内に巨大腫瘍を認め、生検にて滑膜肉腫と診断した。同年2月のCTでは腫瘍はさらに増大、その後全身状態が悪化し同年3月に永眠した。

滑膜肉腫は軟部悪性腫瘍の約8%を占める疾患である。一般に15～40歳の若年成人の四肢に好発し、本症例のように腹腔内・後腹膜に発生するものは7%程度と稀であるため、文献的考察を交えて報告する。

不完全な結石治療後の無機能腎に発生した気腫性腎盂腎炎から壊死性筋膜炎に至った一例

三谷一貴・永見太一・田中 元・吉岡彩織

原 尚史・小林祐介・坪井一朗・中島宏親

小川貢平・小池千明・和田耕一郎（鳥根大学）

症例は70代、女性。X-7年、顕微鏡的血尿を契機に発見された左珊瑚状腎結石に対してECIRSを施行した。術中に敗血症性ショックからDICに至り、碎石を断念して腎瘻と尿管ステント留置で手

術を終了した。その後、腎瘻は抜去して、尿管ステント定期交換を実施していた。X-6年に左腎から腎瘻のトラクト痕にかけて膿瘍を形成、腎摘は拒否され保存的治療で改善し、定期的なステント交換を継続していた。

X年1月に尿管ステントが閉塞して再留置が困難な状況となった。左腎は無機能の状態であったが腎摘は再度拒否され、経過観察の方針となっていた。X年9月に腎瘻瘢痕部の皮膚壊死と排膿を認め、当科受診となった。CTで腎瘻トラクト痕を中心とした膿瘍形成、腎盂腎杯内と広背筋周囲のガス像を認めた。膿腎症から気腫性腎盂腎炎、腎周囲膿瘍を経て上半身に拡大した壊死性筋膜炎の診断で、抗菌薬とICU管理、側腹部～背部の開創とデブリドマンを施行した。入院3日目にCTでガス像が僧帽筋・広頸筋まで拡大しており、4日目に背部の開創部を頭側に拡大、5日目に整形外科と合同で後頭部までの開創デブリドマンと左腎摘除を行った。炎症反応は速やかに低下してCT所見も改善し、創は部分閉鎖と植皮で対応して急性期を脱した。

本症例ではデブリドマンと腎摘除、抗菌薬、全身管理によって救命し得たが、気腫性腎盂腎炎から波及した体幹の壊死性筋膜炎は稀であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

播種性血管内凝固症候群を合併した気腫性腎盂腎炎に対して腎摘除術を施行し救命し得た一例

小山優里・木村有佑・清水 成・神澤和慶・尾崎泰起

山元惇史・山根浩史・清水龍太郎・西川涼馬・山口徳也

森實修一・引田克弥・本田正史・武中 篤（鳥取大学）

症例は52歳、男性。2日前からの尿混濁と発熱、体動困難と構音障害で救急要請された。炎症反応の高度上昇と膿尿、CTで左上部尿管結石を認め、左腎全体が腎周囲脂肪にまで及ぶガス像で置換されており、左気腫性腎盂腎炎と診断した。敗血症性ショック、播種性血管内凝固症候群と腎不全を来していた。血小板低下を認め、出血リスクも高い状態であったが同日開放左腎摘除術の方針とした。腹腔内への波及を懸念し腰部斜切開での後腹膜アプローチで行い、手術3時間25分、凝固異常による静脈性出血もあり出血量2,090 mLであった。術中に赤血球2単位、FFP 8単位、血小板10単位の輸血を要した。術後は集中治療室に入室し、全身管理を行った。背景にコントロール不良の糖尿病、ジストニアがあり、カテーテル感染や肺炎等の合併で全身状態の改善に時間を要し、術後47日目に抜管された。摘除腔や創部の感染に対してCTガイド下や開放でのドレナージ、洗浄を適宜施行し、術後74日に転院となった。気腫性腎盂腎炎は死亡率が高く適切な治療を迅速に行う必要がある。本症例は諸家報告での予後不良因子を多数有していた。今回は手術治療を先行したが、内科治療を先行することにより、死亡率が低下するという報告もあり、外科的介入のタイミングについても検討が必要である。予後不良因子を多数認めた気腫性腎盂腎炎に対して腎摘除術を施行し救命し得た症例を経験したので報告する。

当院における超音波ガイド下経皮的腎腫瘍生検の臨床的検討

安川流生・川本文弥・村岡邦康（鳥取県立中央病院）

今回2017年8月から2023年8月までに当院で超音波ガイド下経皮的腎生検を行った17症例を対象とし、後方視的に腎腫瘍性病変に対するその有用性と安全性を検討した。

生検された17例のうち、14例が悪性で3例は悪性所見を認めなかった。悪性と診断された14例のうち、10例は原発性腎癌であった。5例は遠隔転移を有する腎癌と診断され、それぞれ病理組織学的な診断に基づき治療方針を決定した。その他5例は根治的腎摘除術もしくは腎部分切除術をすでに行われたか行う予定である。

原発性腎癌ではなかった4例のうち2例は転移性腎腫瘍であり、2例は尿路上皮癌であった。

悪性所見を認めなかった3例のうち2例は増大なく現在まで経過しているが、1例は半年で腫瘍の増大が見られ、腎部分切除を行ったところ淡明細胞癌の診断が得られたことからサンプリングエラーが生じたものと考えられた。

腎生検がその後の治療方針を決定する上で有用であった甲状腺癌腎転移の一例を提示する。また我々は腎生検後、腎周囲に巨大血腫が生じた症例を経験しており、このような合併症を回避するため腎生検の手法の見直しを行った。

今回の検討で小径腎腫瘍においては良悪性の判断や経過観察を含めた治療選択肢が増えるという点で、遠隔転移を有する進行性腎癌においては薬剤選択を含めた治療戦略を検討する点で、治療介入前の腫瘍生検による病理組織学的診断は有用と考えられた。

ロボット支援腹腔鏡下前立腺全摘除術、拡大リンパ節郭清施行後に内ヘルニアによる絞扼性イレウスを生じた1例

尾崎泰起・清水龍太郎・神澤和慶・清水 成・小山優里

坂本憲生・山元惇史・山根浩史・西川涼馬・木村有佑

山口徳也・森實修一・引田克弥・本田正史・武中 篤（鳥取大学）

症例は70歳、男性。前立腺癌 cT3aN0M0、Gleason score 4+3=7、PSA 10.53 ng/ml の診断で加療目的にX年10月に当院紹介となりX年12月にロボット支援腹腔鏡下前立腺全摘除術（RARP：robot-assisted radical prostatectomy）、拡大リンパ節郭清を施行した。術後2日目に食事を開始、経過良好で術後8日目に退院となった。X+1年10月に腹痛を認め、近医より当院内科に紹介となった。ダイナミック造影CT検査で、小腸 closed loop の形成を認め、腸管の造影効果も乏しく、絞扼性イレウスが疑われ緊急手術の方針となった。当院外科が他手術で対応困難であったため、近隣病院へ搬送され開腹手術となった。腹腔内を観察すると、拡大リンパ節郭清によって生じたと思われる左外腸骨動脈背側の間隙に小腸が陥入していた。同部位の小腸は80 cm 程度絞扼壊死しており、同部位を切除し、吻合再建を行った。イレウス予防のため直腸間膜と後腹膜を縫合した。以後イレウスの再発なく約5年が経過、前立腺癌に関しても再発なく経過している。本症例を踏まえて当科では拡大リンパ節郭清症例において、郭清後に外腸骨血管に間隙が生じる症例では、間隙を腹膜で覆う様に修復することでイレウス予防を行っている。我々が経験した症例と現在施行している対策について文献的考察を踏まえて報告する。

当院での転移を有するホルモン感受性前立腺癌に対するダロルタミド、アンドロゲン除去療法、ドセタキセル併用療法の初期経験

星野貴洋・岩本秀人・山口広司・瀬島健裕（松江市立病院）

【背景】転移を有するホルモン感受性前立腺癌（mHSPC）を対象とした ARASENS 試験において、ダロルタミド、アンドロゲン除去療法（ADT）、ドセタキセルの併用療法は、プラセボ+ADT+ド

セタキセルの併用療法よりも全生存期間が有意に延長した。その結果、本邦ではダロルタミドは2023年2月に「遠隔転移を有する前立腺癌」について適応症として追加承認された。当院でmHSPCに対してダロルタミド、ADT、ドセタキセル併用療法を施行した症例について報告する。

【対象と方法】当院で2023年3月から9月までにダロルタミド、ADT、ドセタキセル併用療法を開始した4例のmHSPCを対象に有効性と安全性を検討した。ダロルタミドは1回600 mgを1日2回食後に経口投与、ドセタキセルは70 mg/m²で開始し3週間間隔で静脈内投与した。ドセタキセルは6サイクルで終了とした。

【結果】4例の年齢中央値は72歳（67-76）、初回PSA中央値は913.5 ng/mL（6.95-6,060）であった。Gleason scoreは全例で8以上であった。転移病変については、全例に骨転移があり、うち2例には肺転移も見られた。PSAは初期治療の影響もあって急速に低下した。有害事象はCTCAE v5.0で評価し、Grade4の好中球減少が3例、Grade2の肝機能異常が1例であった。

【結論】4例のmHSPCに対してダロルタミド、ADT、ドセタキセル併用療法を行い、安全に施行できた。今後は、より多くの症例を長期間フォローアップし、さらなる検討が必要である。

外傷による尿道損傷後、非虚血性持続勃起症または高度の尿道出血をきたした各1例

倉繁拓志・平田武志・宗田大二郎・早田俊司（鳥取市立病院）

笹岡丈人（広島市民病院）

（持続勃起症例）

40歳、男性。木材の集積作業中に踏み外し、会陰部を叩打、帰宅後に排尿困難、血尿を認め、当院救急外来を受診した。腹部超音波検査では残尿を認め、膀胱鏡で球部尿道が損傷し出血していたが、尿道の連続性は保たれ、容易に膀胱まで達した。尿道カテーテル留置後帰宅、受傷13日目に膀胱瘻を造設した。受傷15日目に勃起が持続し、陰茎海绵体血液ガス分析はpO₂ 75.1 mmHgと動脈血であり、造影CTでは右陰茎海绵体が動脈相で造影され、静脈相にかけて追側の海绵体まで広がり、非虚血性持続勃起症と診断した。保存的に加療するも持続勃起症は軽快せず、受傷32日目にTAEを施行した。受傷3カ月目、最大尿流量27.7 ml/sec、残尿40 ml、性機能はPDE5阻害剤を内服しながら徐々に回復している。

（高度の尿道出血例）

49歳、男性。火災の消火活動中に踏み外し、会陰部を叩打、尿道から出血を認め当院紹介受診となった。尿道造影で球部尿道に尿道外へ造影剤の漏出を認め、膀胱鏡で球部尿道から出血を認めたが、尿道の連続性はあり尿道カテーテルを留置した。受傷4日目睡眠中にカテーテル脇から高度の出血を認めショック状態となった。造影CTで左陰茎海绵体から尿道に連続する造影剤の流出を認め、TAEで止血した。受傷14日目に膀胱瘻を造設し、受傷4カ月目に抜去、最大尿流量27.8 ml/sec、残尿20 mlで良好な排尿を保っている。

尿道粘膜に発生した悪性黒色腫の一例

神澤和慶・山根浩史・尾崎泰起・小山優里・山元惇史

清水龍太郎・西川涼馬・木村有佑・山口徳也・森實修一

引田克弥・本田正史・武中 篤（鳥取大学）

寺岡祥吾（鳥取県立厚生病院）

悪性黒色腫 (malignant melanoma) は皮膚腫瘍の中でも悪性度が高く転移能も高い難治癌で、その発生率は世界的に増加傾向にある。日本人における好発部位は足底 (約 40%) で、粘膜発生は 14.8% と報告されている。尿道発生は全体の 0.2-1% と極めて稀である。

症例は 40 歳、男性。無症候性血尿主訴に前医を受診した。膀胱鏡で亀頭部の尿道粘膜に約 5 mm 径の腫瘍を指摘、腫瘍生検で悪性黒色腫と診断、加療目的に当科紹介となった。画像検査で明らかな遠隔転移は認めなかった。尿道悪性黒色腫の診断で陰茎部分切除術、センチネルリンパ節生検を施行した。麻酔導入後、皮膚科が先行してセンチネルリンパ節生検を施行した。陰茎海綿体の外尿道口近傍にパテントブルーを局所注射した後、γプローブで郭清箇所を確認、青く濃染したリンパ節を摘出した。続いて泌尿器科が陰茎部分切除を施行した。手術時間は 53 分、出血は少量、術中迅速病理診断で尿道断端陰性を確認した。明らかな術中合併症はなく、陰茎は約 4cm を温存する形となった。術後 7 日目には尿道カテーテルを抜去し、術後 10 日目に退院となった。病理診断は異形メラノサイトが亀頭上皮内に孤在性あるいは基底側に増殖、明らかな間質浸潤は認めず、Melanoma in situ であった。永久標本でも切断断端は陰性で、センチネルリンパ節も陰性であった。

自然膀胱破裂に対し膀胱全摘除術を施行した一例

長谷川 央・田路澄代・門脇浩幸 (山陰労災病院)

症例は 53 歳、男性。2 年前に自殺企図あり、腰椎の手術を施行されたが 1 日 5 回の自己導尿が必要になった。この度腹痛、嘔吐にて救急要請し近医受診。CT で膀胱前腔に膿瘍形成あり、膿瘍による小腸閉塞、巨大膀胱結石、両側水腎症を認めて入院となった。イレウス管、バルンカテーテル挿入で保存加療を行うも症状改善なかったため、膿瘍ドレナージが必要と判断され当院に転院搬送された。

膀胱造影にて腹腔内への造影剤の漏出を確認でき、腹腔内膿瘍と診断した。抗生剤投与にて感染が落ち着いてからの手術を検討していたが、高熱が続き炎症反応も改善ないため転院から 5 日後に膀胱全摘、尿管皮膚瘻、膿瘍ドレナージを施行した。膀胱温存も考慮した

が膀胱組織は脆く膀胱容量も 30 ml 程度しかなかったため温存は困難と判断した。術後は COVID-19 の感染や腹腔内膿瘍の再燃あり、CT ガイド下ドレナージ等の追加治療を要した。術後 2 カ月で退院可能な状態となり、術後 1 年時点で再燃なく経過している。

膀胱破裂は外傷性と自然膀胱破裂に分類され、自然膀胱破裂はまれである。自然膀胱破裂の場合はほとんどが膀胱頂部に生じており、頂部は直接腹膜と接しているため腹腔内穿破しやすく腹膜炎により重症化する症例が多いとされている。

今回神経因性膀胱に伴う自然膀胱破裂から腹腔内感染を起こし膀胱全摘に至った一例を経験したため報告する。

膀胱破裂に対し外科的修復術を施行した 2 例

守安絵美佳・磯山忠広 (米子医療センター)

【症例 1】72 歳、男性。X 日に登山中に排尿困難、溢流性尿失禁状態であったが様子をみていた。X+2 日に自動車事故で救急搬送され、CT で膀胱破裂を指摘され当科紹介となった。骨盤骨折は認めなかった。膀胱造影では膀胱前壁に損傷が疑われ、同日膀胱破裂閉鎖術を施行した。前壁と右壁の 2 カ所に損傷あり修復を行った。術後 11 日目にバルンカテーテルを抜去したが自尿なく自己導尿を開始、近日前立腺肥大症手術予定である。

【症例 2】49 歳、女性。関節リウマチのためプレドニン 17 mg を長期内服している既往があった。X 日に下腹部膨満感と下腹部痛を自覚したが様子をみていた。改善しないため、X+2 日に消化器内科受診、腹部 CT を撮影され、膀胱破裂疑いで当科紹介受診となった。膀胱造影では膀胱頂部に憩室があり、憩室部位が破裂したと考え、膀胱破裂閉鎖術を施行した。膀胱壁は長期ステロイド内服のためか筋層が著しく薄く、縫合に難渋した。術後 1 カ月目でバルンカテーテルを抜去し、経過良好である。

膀胱破裂は外力による外傷性破裂と明らかな外力なしで生じる自然破裂に大別される。1 例目は交通外傷による外傷性破裂、2 例目は明らかな外傷起点なく、自然破裂と考えられた。今回、外傷性の膀胱破裂と自然破裂のそれぞれで外科的修復術を施行した 2 例について経験したので報告する。