

医 学 意 見 書

令和6年6月7日

東京地方裁判所民事第35部合A3係 御中

川越少年刑務所医務部長・医師

岩田 要 

東京地方裁判所令和5年（ワ）第6275号 国家賠償請求事件につき、以下のとおり意見書を提出いたします。

第1 はじめに

- 1 本職は、平成11年3月東京大学医学部を卒業し、同年5月医師免許を取得し、その後同大学医学部附属病院及び都立府中病院（当時）において外科医としての研鑽を積み、平成15年12月外科認定医を取得した。また、平成20年3月同大学大学院医学系研究科外科学専攻博士課程を修了し博士（医学）の学位を取得した（学位論文は「Cyclooxygenase-2（COX-2）阻害剤による腫瘍リンパ管新生の抑制」）。その後、平成28年9月まで同大学大学院医学系研究科病因・病理学専攻病理学講座の教員（助教）として基礎研究及び教育に従事した。同年10月矯正医官に転じ、府中刑務所法務技官（医務部医療第二課医師）として採用され、平成29年8月に新潟刑務所医務課長に昇任させられ、平成30年4月に府中刑務所医務部保健課長に配置換えされ、令和5年4月に川越少年刑務所医務部長に昇任させられ、その後現在に至るまで同所において勤務している。
- 2 本職は精巣腫瘍患者の治療経験は有してはいない。他方で外科医として消化器癌や鼠径ヘルニアを含む多様な患者の治療経験、及び基礎医学研究者として癌転移（特にリンパ行性転移）の転移機序解明の研究経験を有している（図1）。

また、矯正医官として、刑事施設内の医療についても精通している。

3 この意見書の目的は、精巣腫瘍の脈管侵襲及びリンパ行性転移について重点的に解説し、
5
■■■■氏(以下「■■■■氏」という。)の精巣腫瘍の転移及び再発について、裁判所及び両
10
当事者の理解を深めるための材料を提供することであるⁱ。

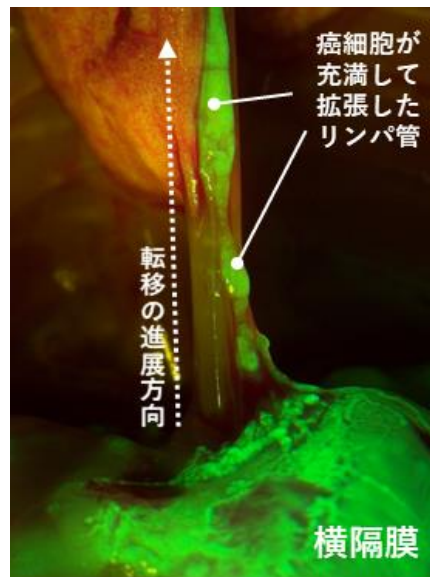


図1：リンパ管内の癌細胞の進展
蛍光蛋白で標識している癌細胞が緑色に見える。リンパ管の内腔を占拠しつつ連続的に進展している様子がわかる。視野はおよそ1cm四方。
(過去に本職が行った動物実験の結果)(資料10)

第2 精巣腫瘍の転移及び再発を理解するための一般的な知見について

1 ステージⅠセミノーマの術後再発リスク因子及び再発・転移形式について

(1) ステージⅠセミノーマの術後再発リスク因子

15 ステージⅠのセミノーマに対し、高位精巣摘除術後にサーベイランス(無治療経過観察)をした場合には、15～20%の患者に再発をきたすことが報告されている(資料1)。再発を予測する危険因子として、原発巣のサイズ(精巣腫瘍径ⁱⁱが4cmを超えること)並びに病理学的な所見(脈管侵襲ⁱⁱⁱ及び精巣網への浸潤)があげられている(資料1)。

(2) ステージⅠセミノーマの再発・転移形式

ⁱ 本職は■■■■氏の診察に携わっていない。

ⁱⁱ 腫瘍の最大径を評価する取扱いとなっている。

ⁱⁱⁱ 研究コホートによっては、セミノーマでは脈管侵襲が有意な危険因子にならない場合もあるが、2014年にMortensenらが報告した、セミノーマ患者1954名を対象にした大規模研究においては、改めて脈管侵襲が有意な危険因子であることが示されている。このような不一致は、病理医が行うセミノーマの脈管侵襲の解釈にばらつきが存在するからと考えられる。

ステージⅠセミノーマの術後サーベイランス中の再発部位は、80～100%が腹部大動脈周囲リンパ節^{iv}である（資料3）。他方、ステージⅠ精巣腫瘍（セミノーマ886例、非セミノーマ561例）に術後サーベイランスを行った解析では、再発を起こした164例のうち、胸部レントゲンで肺転移が診断された症例はなかったと報告されている（資料3）。これらのことから分かるように、ステージⅠセミノーマの転移形式は、圧倒的にリンパ行性転移（その代表が腹部大動脈周囲リンパ節転移）であり（資料2）、血行性転移（その代表が肺転移）はまれである。

2 精巣腫瘍の病理診断における脈管侵襲について

(1) 「脈管侵襲」の意味するところ

脈管侵襲の評価は精巣腫瘍のTNM分類（「精巣腫瘍取扱い規約」（ZB22））におけるT分類の判定のために必要であるだけでなく、上記1(1)でのべたとおりステージⅠセミノーマの再発リスクにも関わり術後の患者管理に大きく影響するため、脈管侵襲に関する報告も多い。ここで注意が必要なのは、精巣腫瘍の病理診断において「脈管侵襲」（英語では *lymphovascular invasion* : LVI）と表現するものは、血管侵襲及びリンパ管侵襲を区別せず、両者を合わせたものであるということである。実際に、精巣腫瘍を診断する病理医にアンケートを行った研究では、血管とリンパ管を常に区別していると答えた病

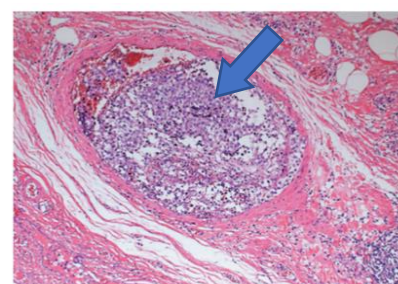


図21 セミノーマ細胞の真の脈管侵襲像
周囲を血管内皮細胞で被覆された腫瘍細胞集塊が脈管壁に附着して存在する。

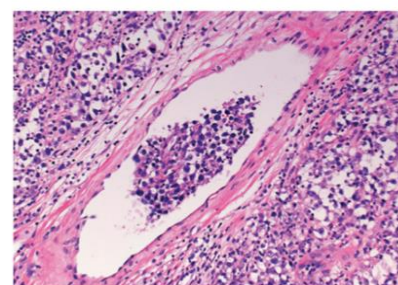


図23 セミノーマ細胞の偽の脈管侵襲像
結合性の乏しい腫瘍細胞が散在性に脈管内に存在する。

図2：HE染色による脈管侵襲像（矢印） 下段は「偽の」脈管侵襲像であるとして注意喚起されている。（資料4）

^{iv} 腹部傍大動脈周囲リンパ節、腰リンパ節との表記もある（図7左、資料6）。

理医は少数派であることも報告されている（一般病理医で区別していると答えた者は41%であったのに対し、精巣腫瘍病理のエキスパートで区別していると答えた者は28%にとどまるという、専門性による格差も存在した）（資料14）。

5 (2) 脈管侵襲を評価する上での問題

精巣腫瘍の脈管侵襲の評価には、病理標本の作成過程における人工産物が、影響することがあるとして注意喚起も行われている（図2（資料4））。それを裏づけるものとして、精巣腫瘍診断のばらつき調査のため病理サンプル235例を専門機関に集約して二次レビュー（再検討）を行ったところ、50例（21.3%）に解釈の不一致を認め、その中でも脈管侵襲に不一致が多かった（18例）との報告^Ⅴが存在する（表1（資料16））。

精巣摘出時の当初の診断と二次レビュー診断の病理組織学的変更 ^a		
当初の診断	レビュー診断	症例数合計（50例）[ステージI（7例）]
混合型NSGCT	胚細胞要素の変更	17例 ^b
単一又は混合型NSGCT、LVIなし	単一又は混合型NSGCT、+LVI	12例 [5例]
単一型NSGCT	混合型NSGCT	12例 ^c
混合型NSGCT	単一型NSGCT	1例 ^d
単一又は混合型NSGCT、+LVI	単一又は混合型NSGCT、LVIなし	2例 [1例]
単一型セミノーマ、LVIなし	単一型セミノーマ、+LVI	2例
単一型セミノーマ、+LVI	単一型セミノーマ、LVIなし	2例
単一型セミノーマ	混合型NSGCT	1例
混合型NSGCT	単一型セミノーマ	1例 [1例]

脈管侵襲の不一致

LVIは脈管侵襲、NSGCTは非セミノーマ性胚細胞腫瘍

a 太字は臨床的に重要であることを示す。

b 6例では、セミノーマ成分の認識に相違があった。

c 3例では、セミノーマ成分が同定されなかった。

d 1例では、セミノーマ成分が誤認された。

表1：精巣腫瘍の病理診断における誤り
脈管侵襲（LVI）の診断に誤りが多い（矢印）（資料16）

^Ⅴ 本意見書の射程外ではあるが、精巣腫瘍の組織分類そのものの診断にも不一致が多いことに注意が必要である。精巣腫瘍が希少であり病理医の経験値に差があること及び精巣腫瘍自体が多様であることがその背景にあると考えられている。

(3) 脈管侵襲を評価する免疫染色

H E 染色^{vi}だけでは脈管侵襲の評価が難しい場合には、免疫染色^{vii}によって血管及びリンパ管を特異的に染色したプレパラートを作成し評価することも推奨されている（図 3（資料 4）、資料 10）。一連の精巣腫瘍症例に対してリンパ管を免疫染色して評価したという研究では、H E 染色による評価と比べて脈管侵襲の検出率が 52.5%から 77.5%へ向上したという報告もある（資料 18）が、現在のところ精巣腫瘍の病理診断において、リンパ管の免疫染色をルーチンに行うまでの広がりは見せていない。

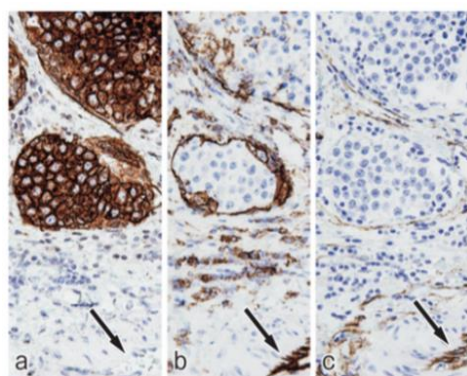


図33 セミノーマのリンパ管侵襲のD2-40, CD31とCD34免疫染色
D2-40陽性のセミノーマ(a). 辺縁はCD31陽性(b)でCD34陰性(c). 矢印は血管内皮細胞(コントロール).

図 3：連続切片を用いた免疫染色の実際

リンパ管と血管の区別のため、D 2－4 0（リンパ管）及びC D 3 4（血管）で茶色に免疫染色している。ややこしいことにセミノーマ細胞自体がD 2－4 0 陽性に染色される性質があるため、リンパ管とセミノーマ細胞の区別も必要となり、リンパ管・血管に共通に染色されるC D 3 1でも染色を行うことで、セミノーマのリンパ管侵襲を検出している。（資料 4）

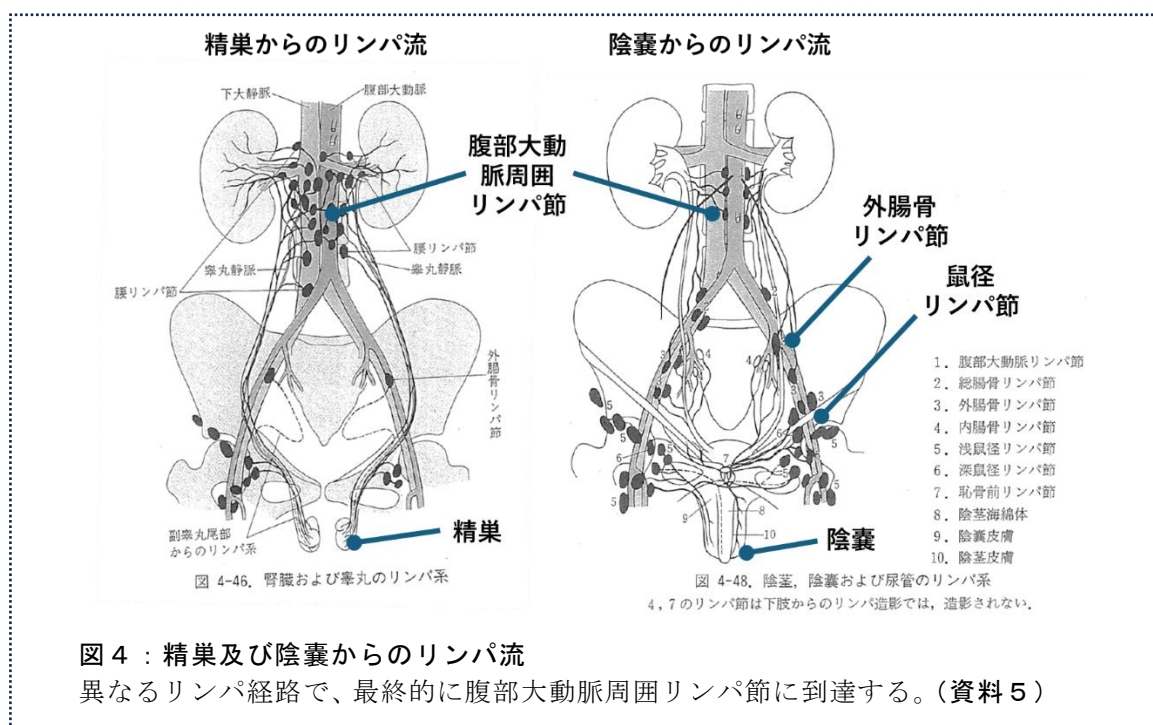
3 精巣腫瘍に伴う続発性陰嚢水腫の発生機序について

(1) 精巣及び陰嚢のリンパ流

精巣腫瘍に伴う続発性陰嚢水腫を正しく評価するためには、やや専門的にはなるが精巣からのリンパ流と陰嚢からのリンパ流が異なること及び精巣鞘膜腔の液体循環について理解しておくことが必要となる。

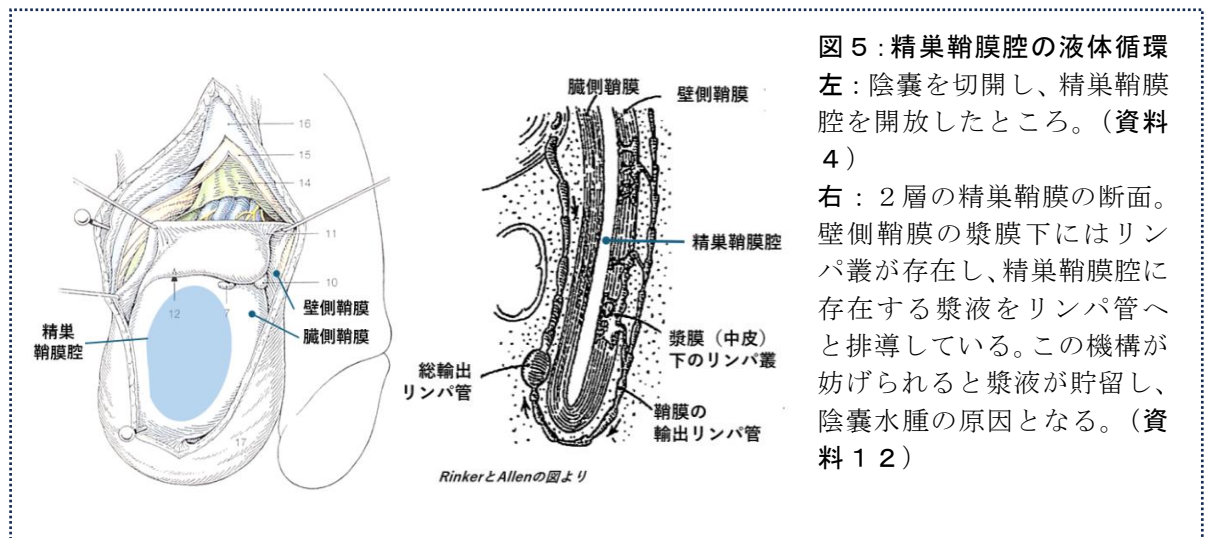
^{vi} ヘマトキシリン－エオジン染色。病理組織学的診断の第一段階として必ず実施される基本的な染色法。

^{vii} 免疫組織科学（IHC）ともいう。病理組織学的診断をより詳しく行うために、抗原抗体反応を利用して目的とする蛋白質の組織内の局在を検出する染色法。



まずリンパ流に関して説明する。精巣からのリンパ流は、精巣静脈に沿って上行するリンパ管を通り、腹部大動脈周囲リンパ節に直接的に到達する。それに対し陰嚢からのリンパ流は、鼠径リンパ節さらには外腸骨リンパ節を経由し、最終的には（精巣からのリンパ流と同様に）腹部大動脈周囲リンパ節に達する（図 4（資料 5））。TNM分類（「精巣腫瘍取扱い規約」（Z B 2 2））が精巣腫瘍の領域リンパ節を腹部大動脈周囲リンパ節及び精巣静脈に沿ったリンパ節と明示しているのはこのためである。また、同分類が、陰嚢又は鼠径部の外科手術歴がある場合には骨盤内（外腸骨）リンパ節及び鼠径リンパ節も領域リンパ節に含めると明示しているのは、過去の手術歴により正常なリンパ流の断絶や通過障害があると、リンパ流に逆流が生じ、腫瘍細胞もその逆流に沿って、通過障害を迂回する経路で進展することがあるからである。

次に精巣鞘膜腔（図 5 左（資料 8））の液体循環について解説する。2 層の精巣鞘膜によって挟まれた精巣鞘膜腔には正常でも少量の漿液が存在しており、臓側鞘膜側から分泌される漿液と、壁側鞘膜側から再吸収される漿液との



バランスが保たれている（このバランスが崩れると陰嚢水腫が生じる原因になる）。そして、壁側鞘膜を裏打ちするリンパ叢から吸収された漿液は、陰嚢からのリンパ流の一部となって排導される（図5右（資料12））。なお、このような漿膜腔の液体循環及び漿膜下を裏打ちするリンパ管への排導は、体内に存在する他の漿膜腔（たとえば腹腔や胸腔）でも共通して認められているものである（資料7，資料10）。

(2) 精巣腫瘍に伴う続発性陰嚢水腫の症例報告・発生機序について

精巣腫瘍に伴う続発性陰嚢水腫の症例報告は複数存在する。第1例目の報告者である O r e c k l i n らはその発生機序として、①腹部大動脈周囲リンパ節への転移が存在し、リンパ行性転移が逆行性に進展することにより陰嚢及び精巣鞘膜腔からのリンパ流をうっ滞させるという説、及び②腫瘍細胞が臓側精巣鞘膜へ直接浸潤し精巣鞘膜腔内に播種することにより漿液の吸収を妨げるという説の2つを説示しており（資料12）、その後の報告者も O r e c k l i n らの説を継承している（資料11，資料13）。

(3) 精巣腫瘍に伴う続発性陰嚢水腫の発生率

続発性陰嚢水腫とリンパ節転移の関連を直接示した報告を確認することはできないが、164名の精巣腫瘍患者（ステージⅠが63.9%、ステージⅡが21.8%、ステージⅢが14.3%）を対象にした研究において、21.

8 %の患者に陰嚢水腫の症状があったことが報告されている（資料 1 7）（陰嚢水腫とステージとの対応については記載されていない）。

4 癌のリンパ行性転移及びウィルヒョウ転移について

(1) リンパ行性転移

5 血行性転移とリンパ行性転移は脈管を介して腫瘍が転移するという点においては同じであるが、血行性転移は腫瘍細胞の小塊が血流に乗って遠隔臓器に撒布されることで不連続に転移するのに対し、リンパ行性転移は腫瘍細胞がリンパ管の管腔内を占拠しつつ進展し（図 1（資料 1 0））、途中に介在するリンパ節に転移を起こしながら連続的に転移するという大きな違いがある

10 **viii**。また、リンパ節転移の評価にあたり、リンパ節転移があれば必ずリンパ節が腫脹するとは限らない点に注意が必要である。リンパ管造影の成書には「転移のあるリンパ節は必ずしも腫大があるとは限らず、小さなリンパ節にも転移による造影欠損を発見することが少なくない」と記載されている（資料 5）。また、精巣腫瘍診療ガイドライン（2 0 1 5 年版）にも同趣旨として

15 「腹部 C T では微小転移や正常サイズの病変を転移と診断することはできないため、偽陰性率が比較的高くなってしまう場合がある。そのため、ステージの I とステージ II A（欧米での分類で 2 c m 未満の転移）との鑑別は困難な場合がある」と記載されているところである（資料 2）。

(2) 胸管の静脈角への流入

20 胸管は腹部、骨盤ならびに下肢からのリンパ系が集まって形成される人体で最大最長のリンパ本幹である（図 6（資料 5））。腹部大動脈周囲リンパ節から輸出されたリンパ本幹は乳糜槽を形成し、ここから胸管が起始する（図 7（資料 6）、資料 5）。胸管は胸腔内では大動脈の後方で縦隔^{ix}を上行し、頸部

viii 血行性転移は空路による移動に、リンパ行性転移は陸路による移動に例えると、この違いを理解しやすい。

ix 胸部において、左右の肺、胸骨及び脊椎に囲まれる部位

の底部に達して静脈角^xに開口する（図7右（資料6））。胸管の走行と静脈角への開口にはバリエーションがあるが、大多数が左静脈角に開口する（資料5）。

(3) ウィルヒョウリンパ節転移の意味

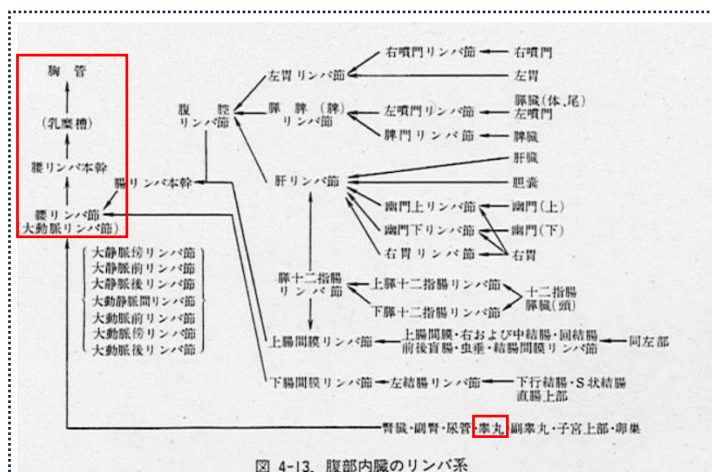


図 4-13. 腹部内臓のリンパ系

図6：腹部内臓のリンパ系の階層構造（資料5）

腹部大動脈周囲リンパ節

胸管及びウィルヒョウリンパ節

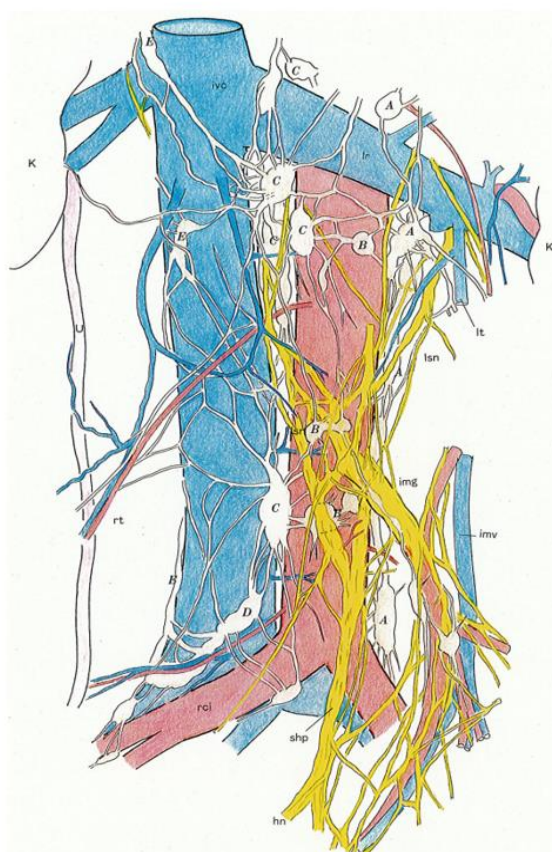


図 6 腹部大動脈周囲のリンパ系の解剖例（第1例、男性）¹⁰⁾

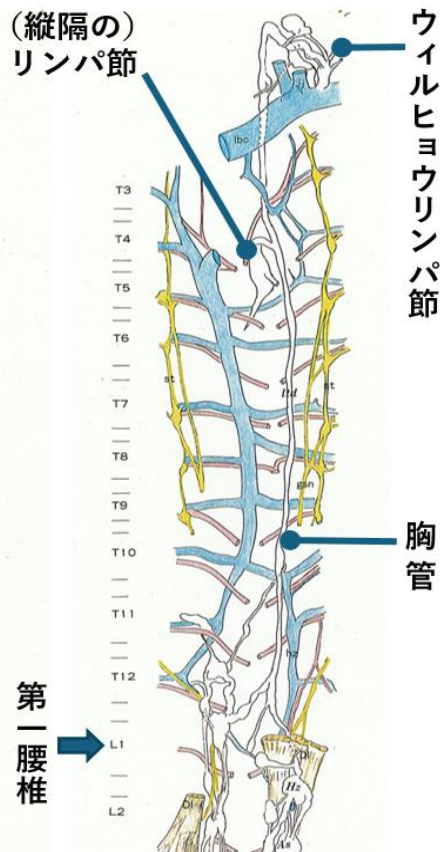


図 7 左側胸管の解剖例（第4例）

図7：解剖例に見るリンパ管とリンパ節

左：腹部大動脈周囲リンパ節 右：胸管及びウィルヒョウリンパ節（資料6）

^x 頭からの静脈（内頸静脈）と腕からの静脈（鎖骨下静脈）が合する部位

ウィルヒョウリンパ節（鎖骨上窩リンパ節）は、胸管の静脈角への開口部の直前に見られるリンパ節である（図7右（資料6））。その先は直接静脈（血管）に注がれることになるため、臨床的にはこのリンパ節に転移を起こしていることは血行性転移があることと同じ意味がある（図8（資料19））。

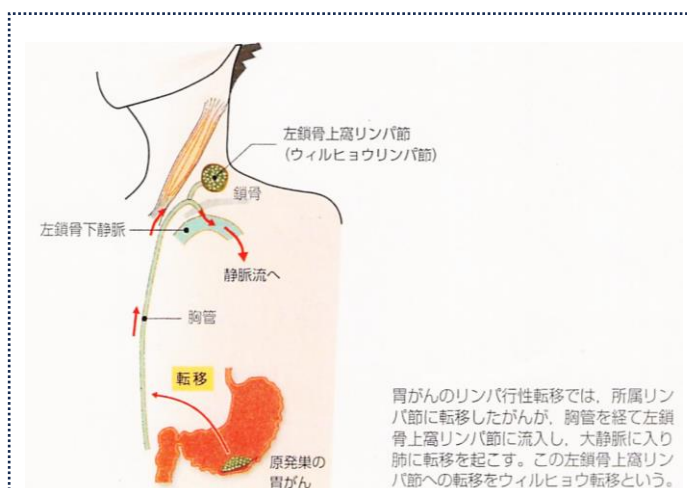


図8：ウィルヒョウリンパ節転移

ウィルヒョウ転移はリンパ行性転移の代表的事項として、どの看護の教科書にも必ず記載されている。（資料19）

5 精巣腫瘍の腫瘍径と脈管侵襲について

(1) セミノーマの腫瘍径と脈管侵襲について

セミノーマの腫瘍径と脈管侵襲には関連性があり、腫瘍径が4 cm以上では脈管侵襲の割合が上昇するという報告がある（4 cm未満では8%であるのに対し、4 cm以上では44%）（資料15）。

第3 〇〇氏の転移及び再発について

1 病理報告における脈管侵襲の意味

〇〇氏の精巣腫瘍の病理について、東日本成人矯正医療センターの外部委託先（SKK組織科学研究所）の病理医は「（省略）seminomaに相当する像です。一部に多核細胞はみられますが、明らかな合胞性栄養膜細胞とは言い切れません。他の胚細胞腫瘍の成分はみられません。腫瘍は一部で精巣上体の間質に浸潤しています。一部で精巣鞘膜表面に露出しています。少数の脈管侵襲が見られます。 pT2に相当します（省略）」と診断した（「病理組織検査報告書」（ZA13））。一方、執行停止後に〇〇氏の治療を行った日大板橋病院の病理検査科の病理医は同じプレパラートを用いて「（省略）セミノーマとともに、一部は胎児性癌の成分を含む可能性も否定できません。静脈侵襲を伴っており、精

巢上体への浸潤を伴っています（p T 3）（省略）」と診断した（「診療録」（甲 A 7）、6 7 2 ページ）（下線は本職による。）。

日大板橋病院の病理医が「静脈侵襲」と記載していることについて、この所見を“血管侵襲のみが存在し、リンパ管侵襲は存在しない”にとらえることには、
5 本職は懐疑的である。■■■■氏が結果的に腹部大動脈周囲リンパ節再発をきたしたことを考えれば、原発巣には当然にリンパ行性転移の起点が存在しなくてはならないからである。また、精索浸潤の所見がないにもかかわらず T 分類を「p T 3」と記載していることから推測して、病理医の専門性が高くはなかった可能性も考えられる^{xi}。

10 2 令和 2 年 1 月 9 日の診察の際の陰嚢水腫について

さいたま拘置支所への入所時（平成 3 0 年 1 1 月 1 6 日）の記録によれば■■■■氏は 1 7 歳ころに左腓骨粉碎骨折の手術をしている他には鼠径部の手術歴もなく、また入所時に水腫の申出もないことから（「診療録」（乙 A 3）、1 2 ページ）、令和 2 年 1 月 9 日の診察の際に存在した水腫は精巣腫瘍に伴う続発性陰嚢
15 水腫であると認められる。この陰嚢水腫の原因を前記第 2 の 3 (2) の発生機序に照らしてみると、腫瘍細胞が精巣鞘膜へ直接浸潤し精巣鞘膜腔内に播種していたとする説は、同日に提出した自然剥離細胞診の結果が C 1 a s s 2 であったことからその可能性は低く、そうであれば相対的に、腹部大動脈周囲リンパ節への転移が存在しリンパ行性転移が逆行性に陰嚢からのリンパ流側に進展したとする説
20 の可能性が高いといえる。同年 3 月 1 8 日に東日本成人矯正医療センターで撮影された腹部造影 C T 検査の画像を見て、医療部長が「右鼠径部及び腹部大動脈周囲に大きめのリンパ節（1 c m）を認め、リンパ節転移の可能性はある」と記載している（「診療録」（乙 A 8）、6 ページ）が、腹部大動脈周囲リンパ節に加えて

^{xi} ホームページに公開されている日大板橋病院病理部の情報によれば、一方の病理医は「循環器・胃・婦人科疾患の病理、細胞診、診断病理一般」、他方は「乳腺病理、細胞診、診断病理一般」を専門分野としている。

本来は精巣腫瘍の領域リンパ節ではない右鼠径リンパ節にも軽度の腫大を認めたことは、腹部大動脈周囲リンパ節への転移が存在しリンパ行性転移が逆行性に陰嚢からのリンパ流側に進展したとする説に合致する所見といえる。

3 肺転移の機序について

5 ■■■■氏は令和2年10月5日に川越少年刑務所において、左頸部の腫瘍につき診察を受けている（「診療録」（乙A14）、9ページ）が、これが結果的にはウィルヒョウリンパ節へのリンパ行性転移であったことは、同月27日に撮影した胸腹部造影CT検査において腹部大動脈周囲リンパ節転移から連続して縦隔リンパ節転移を認めている（「診療情報提供書」（甲A6）1ページ）ことから明らかである。同CT検査における転移巣とそのサイズは、腹腔内（腹部大動脈周囲）リンパ節が短径5～8センチ大、縦隔リンパ節が3センチほどに腫大して数珠状に、頸部（ウィルヒョウ）リンパ節が3×4センチ大、肺が直径1センチから米粒大の腫瘍が両側に多数となっている。この多数の肺転移はリンパ節転移巣に比べ小さくまたサイズも揃っていることから、リンパ節転移よりも遅れて一斉に転移した結果であると考えられ、結局のところ、腫瘍細胞は右精巣→腹部大動脈周囲リンパ節→縦隔リンパ節→ウィルヒョウリンパ節へとリンパ行性に転移を起こし、その後左静脈角から血管内に流入し血流に乗って肺へと血行性転移を起こしたと解釈するのが自然である。（画像診断ガイドラインにも悪性精巣腫瘍の再発診断に関し、同趣旨の記載を認めることにつき資料9参照。）

20 なお、同CT検査で認めた第1腰椎への単発の骨転移については、のちに発生した多発骨転移よりも時期として先行しており、ウィルヒョウリンパ節転移を経由した血行性転移とは別の機序で転移した可能性は残る。

4 令和2年1月9日の診察の時点の精巣腫瘍の腫瘍径について

25 令和2年1月9日の診察の時点の精巣腫瘍の腫瘍径について明確な記載はないが、■■■■氏本人の述懐に、診察当時ゴルフボール大になっていた旨の表現があり（「手紙」（甲A2-3）3ページ）、これを文字通りにとらえると腫瘍径は

4 c mを越えていたことになる^{xii}。もし腫瘍径が4 c mを超えていたのであれば、令和2年1月9日の診察の時点で、腫瘍は脈管侵襲を十分に来たしうるサイズだったことになる。

第4 まとめ及びさらなる検討の余地

1 まとめ

令和2年1月9日の診察の時点で、■■■■氏には精巣腫瘍に伴う陰嚢水腫が存在しており、すでに正常のリンパ流を妨げる程度の脈管侵襲（より正確には、脈管侵襲のうちリンパ管侵襲）が存在していたと考えられる。また、腫瘍径の面でも4 c mを超えていたと考えられる状況にあり、脈管侵襲が存在していたとして矛盾しない。そうであれば、時間経過に従って腫瘍のステージが進行するという一般論はあるものの、■■■■氏の場合には令和2年1月9日の診察の時点のステージと同年3月24日の手術の時点のステージは同等であった（ステージI Bであった）ことになる。別の表現をするならば、仮に同年1月9日の診察の直後に手術を行っていたとしても癌の全てを取り切ることにはならなかった（その結果として、再発を起こす蓋然性が高かった）と考えられる。

病理報告書にある「脈管侵襲」の所見を、血行性転移（肺転移等）と短絡的に結びつけてしまう^{xiii}と評価を誤らせる。そうではなく、一般的にステージIセミノーマにおいて原発巣（精巣）から血行性転移を起こすことはまれであること、及び■■■■氏の再発にはウィルヒョウリンパ節転移があったことを勘案し、■■■■氏の肺転移等はリンパ行性転移（その端緒は令和2年1月9日の診察の時点ですでに存在していたと考えられる脈管侵襲（より正確には、リンパ管侵襲））か

^{xii} ゴルフボールの規格は直径42.67 mm以上とされている。

^{xiii} 調布（東京）から新千歳（北海道）に移動した者の足取りを考える場合に、陸路で羽田空港に移動した後、空路で羽田空港から新千歳に移動したと考えるのが一般的であるところ、調布には調布飛行場があるのだからとしてセスナ機を用いて空路で移動したと主張するようなものである。

ら生じたものと解釈する方が合理的である。

2 さらなる検討の余地

訴訟進行上の必要性は別にして、医学的には次のような検討を行う余地がある
と考える。

- 5 (1) パラフィンプロックの状態で保管されている■■■■氏の原発巣組織に追加の切り出しを行い、血管及びリンパ管を判別する免疫染色を行うことにより、■■■■氏の転移及び再発形式について、より明確な情報が得られる可能性がある。免疫染色はまた、セミノーマ以外の腫瘍成分が混在する混合型腫瘍ではなかったか（資料4）等、セミノーマとしては特異な経過（治療抵抗性や再発速度）をたどった■■■■氏の精巣腫瘍の未解明の病態に迫るために
10 も有用であると考えられる。
- (2) 異なる2時点の腫瘍径を知ることができれば、理論上は腫瘍の増殖速度を推計できることから、それを外挿して令和2年1月9日の診察時点の腫瘍径について定量的な情報が得られる可能性がある。具体的には、令和2年3月
15 11日に山崎外科泌尿器科診療所で行われたエコー検査の画像と、同月18日に東日本成人矯正医療センターで行われたCT検査の画像の腫瘍径の比較が可能である。ただし、両者は1週間という短い間隔であり、しかも検査方法も異なるため、実際に意味のある比較ができるかは不透明である。

以 上

資料一覧表

資料番号	標目	作成年月日	作成者	備考
資料 1	精巣腫瘍診療ガイドライン 2009 年版(抜粋)	2009(H21).10.20	日本泌尿器科学会	
資料 2	精巣腫瘍診療ガイドライン 2015 年版(抜粋)	2017(H29).6.15	日本泌尿器科学会	
資料 3	精巣癌診療ガイドライン 2024 年版(抜粋)	2024(R6).2.29	日本泌尿器科学会	
資料 4	精巣腫瘍病理アトラス(抜粋)	2021(R3).6.22	宮居弘輔ら(編集)	
資料 5	尿管の造影ー診断と治療の応用ー(抜粋)	1991(H3).7. 1	石田修	
資料 6	リンパ系局所解剖カラーアトラス(抜粋)	1997(H9).9.1	佐藤達夫(編集)	
資料 7	日本血液学全書第 2 巻化学・生理 リンパ系、リンパ組織系及び尿管外通液路系調節機構(抜粋)	S43.8.20	木原卓三郎	
資料 8	解剖学アトラス原著第 10 版(抜粋)	2013(H25).5.17	平田幸男(訳)	
資料 9	画像診断ガイドライン 2021 年版(抜粋)	2021(R3).12.20	日本医学放射線学会	
資料 10	細胞:スキルス胃癌の転移形式とリンパ管	2012(H24).4.20	本職	
資料 11	泌尿器科紀要:頻回に再発する陰嚢水腫を契機に発見された異時性両側精巣腫瘍の 1 例	2017(H29)	新田聡ら	
資料 12 の 1	TESTICULAR TUMOR Occuring with hydrocele and positive cytologic fluid	1974.2	J.R.Orecklin ら	
資料 12 の 2	精巣腫瘍 水腫と水腫液細胞診陽性を伴うもの	R6.6.6	本職	資料 12 の 1 の翻訳
資料 13 の 1	Positive hydrocele cytology accompanying testis seminoma	1992.3	C.R.Roy ら	
資料 13 の 2	水腫細胞診陽性 精巣セミノーマの合併	R6.6.6	本職	資料 13 の 1 の翻訳
資料 14 の 1	Handling and Reporting of Orchidectomy Specimens with Testicular Cancer: Areas of Consensus and Variation among 25 Experts and 225 European Pathologists	2015.9	D.M.Berney ら	
資料 14 の 2	精巣癌の精巣摘出標本の取り扱いと報告:25 人の専門家と 225 人のヨーロッパの病理医におけるコンセンサスと相違点	R6.6.6	本職	資料 14 の 1 の翻訳
資料 15 の 1	Do Histopathologic Variables Affect the Reporting of Lymphovascular Invasion in Testicular Germ Cell Tumors?	2016.3	B.L.French ら	
資料 15 の 2	病理組織学的変数は精巣胚細胞腫瘍における尿管侵襲の報告に影響するか?	R6.6.6	本職	資料 15 の 1 の翻訳
資料 16 の 1	Disparities in Interpretation of Primary Testicular Germ Cell Tumor Pathology	2015.8	P. Sharma ら	
資料 16 の 2	原発性精巣胚細胞腫瘍の病理学的解釈における格差	R6.6.6	本職	資料 16 の 1 の翻訳
資料 17 の 1	Testicular germ cell tumors: revisiting a series in light of the new WHO classification and AJCC staging systems, focusing on challenges for pathologists	2018	J.Lobo ら	
資料 17 の 2	精巣胚細胞腫瘍:新しい WHO 分類と AJCC 病期分類に照らしてシリーズを再検討する, 病理医向け	R6.6.6	本職	資料 17 の 1 の翻訳
資料 18 の 1	Lymph vessel density in seminomatous testicular cancer assessed with the specific lymphatic endothelium cell markers D2-40 and LYVE-1: Correlation with pathologic parameters and clinical outcome	2013	J.Heinzelbecker ら	
資料 18 の 2	特異的リンパ管内皮細胞マーカーD2-40 および LYVE-1 を用いて評価した精巣癌のリンパ管密度:病理学的パラメータおよび臨床転帰との相関性	R6.6.6	本職	資料 18 の 1 の翻訳
資料 19	看護学入門第 3 巻 第7章腫瘍(抜粋)	2019(R1).11.25	瀧本雅文	