

番号	コメント	返答内容
1	他のガイドラインでは作成した委員の方による推奨グレードに関する投票結果が掲載されていることがございます。それはお考えではないでしょうか？	ご指摘いただいた点はそのとおりであり、推奨グレードに関しては作成委員から投票を行い、この結果も掲載することになりました。
2	診療アルゴリズム内の「性分化への対応」という日本語に違和感があります。私は「性分化疾患の精査」がよいと思いました。 「3. 性分化の対応」というタイトルにも違和感があります。私は「性分化疾患の精査」がよいと思いました。また解説文の「性分化の異常の可能性」は「性分化疾患の可能性」の方がよいと思いました。	当学会には用語委員会がないため、日本医学会および基幹学会の用語集を参考にさせていただきました。日本医学会・日本泌尿器科学会では性分化異常、性分化疾患が併用され、日本小児外科学会・日本外科学会では性分化異常、日本小児科学会では性分化疾患の用語が用いられております。また、疾患でない方もいらっしゃることを考慮し性分化に関する対応を要することがあるという点で「性分化への対応」とさせていただきます。解説の「性分化の異常の可能性があり、」は「性分化に関する対応を要する可能性があり、」に変更いたしました。
3	本文中に2か所、「可能性を示唆」「可能性が示唆される」の言葉まわしがあり、気になりました。示唆は可能性を内包する意味合いかと思っておりますので、可能性が考えられる、くらいがよいのかと存じます。	ご指摘のとおりであり、「可能性を指摘」「可能性がある」「と示唆される」などに変更いたしました。
4	「定義と分類」に「出生時には陰嚢内に認められた精巣が上昇することで判明した後天性停留精巣をそのまま経過観察したところ、76.0～84.0%が思春期には自然下降していたとの報告 ^{17) 18)} もある」と記載されています。上昇精巣（後天性停留精巣）になったものの4分の3以上の症例が再下降するのでしたら、p47 CQ16の要約に「遊走精巣の経過観察中に陰嚢内から上昇し下降しなくなることであり、この状態を上昇精巣と呼び、手術が推奨される」とありますが、「手術が推奨される」とまで記載してよいのでしょうか？	「定義と分類」の「後天性停留精巣」には、正常精巣が停留精巣になったものと遊走精巣が停留精巣になったものが含まれます。ご指摘の「定義と分類」の文献17と文献18には両者が含まれると考えられますので、遊走精巣の4分の3以上の症例が再下降するとは言い切れないと思われます。遊走精巣が上昇精巣（後天性停留精巣の一種）となったものの中には再び再下降するものもありますが、そのまま停留精巣の状態のものもあるはずで、そこで「遊走精巣が経過観察中に上昇精巣となった場合は、手術が推奨される。」としましたが、推奨グレードをAにはしませんでした。BとするかCとするか議論を繰り返した結果、Bとしました。ガイドラインCQ完成後に作成委員全員でアンケート調査を行った結果、委員の94.4%がBでたので、妥当な記載であったと考えております。
5	【III. 定義と分類 2.停留精巣の分類 c) 遊走精巣】前回のガイドラインと今回の記述は同様のようですが、遊走精巣の定義について、遊走精巣とは、精巣を陰嚢内まで牽引出来たこの際に無痛で手を離してもしばらくは陰嚢内にどどまっているとあります。つまり手を離してすぐ上昇する精巣は、先天性停留精巣(広義の)停留精巣に分類されるという事だと思います。しばらくは陰嚢内にどどまっているかどうかの正確な判断はむづかしい事もあるのですが、判断できたとして、その広義の停留精巣に対する治療としては、用手的に陰嚢内に降りない、いわゆる狭義の停留精巣と同様に、生後2歳までに固定術をすべと、家人にも言い切ってよいのでしょうか。ガイドラインに明示されて無痛で離してもしばらくは陰嚢内にどどまっているのでしょうか。ガイドラインに明示されて無痛で離してもしばらくは陰嚢内にどどまっているのでしょうか。ガイドラインに明示されて無痛で離してもしばらくは陰嚢内にどどまっているのでしょうか。ガイドラインに明示されて無痛で離してもしばらくは陰嚢内にどどまっているのでしょうか。	【III. 定義と分類 2.停留精巣の分類 c) 遊走精巣】についてのご質問をいただきました。本GLガイドラインでは、「遊走精巣」についていくつかのchapter、つまり定義と分類、以外にCQ14、CQ15、CQ16にも記載されておりますのでご参照ください。定義と分類ではご指摘のように「精巣を陰嚢内まで用手的に牽引することが可能で、この際に無痛であり手を離してもしばらくは陰嚢内に留まっている」、CQ14でも「遊走精巣は停留精巣と異なり、精巣が陰嚢外にあっても用手的に陰嚢内に引き下ろすことが可能であり、精巣から手指を離してもしばらくは陰嚢内に留まる。」と記載しております。とはいっても一律に各症例が全く同様の所見を呈するわけではないため、CQ15では「遊走精巣は、陰嚢内の正常な精巣に近いものから停留精巣に近いものまでのスペクトラムであり、遊走精巣の診断は検査によっても異なる可能性がある。」との記載も加えております。事程左様に解釈も対応も単純ではないのがこの「遊走精巣」という病態かと思われます。今回のガイドライン作成にあたり、作成委員会、統括委員会のメンバーで繰り返し議論を重ねて修正に修正を重ね作成した「遊走精巣」に関する記述を、評価委員会に提出し、そこからの疑義照会に対して、エビデンスとなる文献の記載項目を添えて回答をし、追記などの作業を繰り返し、現状の記載となった項目であり、もっとも苦労したパートの一つです。これでも十分なものとはいえず、状況によっては改訂が求められる部分もあるかと存じます。ただし、ご質問の「手を離してすぐ上昇する精巣は、先天性停留精巣(広義の)停留精巣に分類される」という事とありますが、これを(広義の)というかどうかはそれぞれの臨床医のお考え次第とは存じますし、先天性停留精巣と確定するかどうかともその患児を実際に診察した医師でなければ判断の難しいところかと存じます。いずれにせよ患児や保護者への対応についても個々の医師に委ねられているかと存じます。本ガイドラインの巻末「おわりに」に「(ガイドライン)に「(ガイドライン)に」あくまでもこれまでの膨大な資料から抽出されたエビデンスをもとにした指針にすぎませんので、実際の診療の場では、ひとりひとりの状態に合わせて治療方針を立てられることをお奨めします」と記載されておりますので、どうかよろしくお願ひ申し上げます。
6	CQ1で、在胎不相当小児では相当体重児と比較して出生後に精巣が下降する可能性は低い となっておりますが、2005年に作成されたわが国の「停留精巣診療ガイドライン」の第V章手術治療に「出生時体重が2500gを超えなかった低出生体重児と正常体重児とを比較すると、出生時罹患率は19.8%と2.22%であったものが、3か月時には1.94%と0.91%、1歳時には1.94%と0.95%となり」と記載されており、低出生体重児の方が自然下降の率(傾度)は高いということかと思っておりますが、今回の第2版では逆に逆になっているように読み取れますが、疫学調査が20年間で変化したのでしょうか？	ご指摘のとおりです。「在胎不相当小児では相当体重児と比較して出生後に精巣が下降する可能性は高い」の誤りでした。修正いたしました。
7	精巣固定術を実施した場合、発癌のリスクが下がるとか家人より質問される機会が少なくありません。思春期前の停留精巣の固定術は、精巣悪化のリスクを低下させると米国と欧州ではガイドラインに記載されていると述べられていますが、本邦のガイドラインとしても、悪化の項に明示記載されていても良いように思いましたが如何でしょうか？	「精巣固定術は停留精巣の悪化を防止・軽減できる」というエビデンスがあるかのご質問かと思われませんが、CQ4に「停留精巣の悪化の原因については近年の組織学的研究から、精巣内のgonocyte(前精原細胞)の異常な分化や、アポトーシスの異常などによって、GCNIS(germ cell neoplasia in situ)が発生する説が有力となっている ¹⁰⁾ 」と引用しております。これは停留精巣の悪化はgeneticなものと見解と解釈すべきで、現段階においても、2005年に発行の停留精巣診療ガイドライン第1版の記載と同じく「精巣固定術により精巣の悪化のリスクを軽減できるという明確なエビデンスはない」というのが正しい文言になるかと存じます。今回のガイドラインの本文記載(AUAとEAU/ESPUのガイドラインの引用)が、精巣固定術で停留精巣の悪化を予防できるとの和訳をしたことが、読まれる方によっては誤解を生じる可能性があることがわかりました。これらのガイドラインの根拠は、疫学データによる後方的研究とシステマティックレビューであり、ランダム化比較試験などエビデンスレベルの高い研究ではありませんでした。そこで本ガイドラインのCQ6の「5)精巣の悪化」の末尾に、「ただし、患者自身が確認困難な腹腔内や鼠径部などの精巣を、手術によって陰嚢内に下降させて固定すれば、その後には腫瘍化してもセルフチェックにより早期に発見できるので、手術を行うことは有用である」を記載いたしました。ご指摘とご質問をいただいたおかげで誤解を招くような記載を修正、訂正することができました。ありがとうございます。なお、今回のガイドラインでは、停留精巣の腫瘍化・悪化については、CQ4とCQ6以外に、CQ7、CQ11、CQ12さらにCQ20において、さまざまなシチュエーションにおいて、諸々のエビデンスやエクサパートオピニオンをもとに解析し、さまざま角度から言及してありますので、ご確認ください。
8	CQ4の文献39の発表年が「2003」ではなく「203」になっています。	発表年に関しては誤記載でありました。修正させていただきます。
9	CQ14で、「PPV内を大きく移動する遊走精巣では停留精巣と同様に精巣捻転を発症するリスクがあるとされる」とありますが、精巣捻転のリスクが停留精巣と同等というような記載の仕方はいかなるものでしょうか？遊走精巣も停留精巣と同様に精巣捻転を防ぐために手術すべきというように誤解をさせる書き方は良くないと思いますが、いかがでしょうか？	統括委員会でご審議しました結果、ご指摘のような誤解を招く記載の仕方には十分注意すべきということで、「診察時に精巣が鼠径部まで容易に上昇する症例は膿瘍状突起の閉存(patent processus vaginalis:PPV)を合併している可能性がある」とされる ⁹⁾ 。」との記載にいたしました。
10	CQ16で、「遊走精巣では精巣サイズが有意に小さく、陰嚢内に位置する場合には比べ鼠径部に位置するほうがさらに小さい傾向があるとされている ²⁾ 。」となっておりますが、「陰嚢内に位置する」のは正常な精巣ではないのでしょうか？定義のパートでもそのように書いてありますが。	混乱する記載であることを確認しました。このため「遊走精巣では精巣サイズが有意に小さく、さらに遊走精巣のなかでも陰嚢近隣の鼠径部までの移動に留まる症例に比べ、陰嚢から離れた高位の鼠径部まで移動する症例のほうがさらに小さい傾向があるとされている ²⁾ 。」に変更させていただきます。
11	CQ16で、「(遊走精巣でも)上昇精巣と鑑別が困難な症例や……」とありますが、鑑別が困難なのは、2)遊走精巣の上昇精巣への変化 での記載から解釈すると、「(遊走精巣でも)上昇精巣に変化した症例との鑑別が困難な症例や……」ということではありませんか？	ご指摘のとおりです。ご提案の記載とは異なりますが、「停留精巣との鑑別が困難な症例」と、その意を組んだ記載にしました。
12	CQ17の冒頭に、「一般的に触診で触知可能な停留精巣では画像診断の必要はない」とありますが、CQ2の、停留精巣の初期診断をプライマリ医が行う際の精巣が鼠径部に触知される場合での記載に合わせて「一般的に触診で触知可能な停留精巣では画像診断は推奨されていない」としてはいかがでしょうか？	統括委員会でご審議しました結果、ご指摘のような誤解を招く記載の仕方には十分注意すべきということで、「一般的に触診で触知可能な停留精巣では画像診断は推奨されていない」との記載にいたしました。
14	CQ18 非触知精巣の⇨における腹腔鏡検査を推奨すべきかについての項ですが、CQ名として、「……腹腔鏡検査を先行することは推奨される」の方が通していいでしょうか。(腹腔鏡)検査と書いてあり、このままでいいのかもしれませんが、先行と書いた方がより分かり易いように思いました。	CQ18は検査そのものの推奨を示すものであり、その検査は当然治療に先行するものであると判断しており、このままの表記といたしました。
15	CQ19 要約に「腹腔内精巣に対する手術には腹腔鏡手術と開放手術があり、近年は腹腔鏡手術の報告が多い。しかし、どちらの手術が優れているとはいえず、いずれも推奨される。」と書かれていますが、非触知精巣に対するアプローチに関するCQではなく、すでに腹腔内精巣と判明している症例に対して、腹腔鏡手術と開放手術の比較の記載かと思えます。要約で「どちらの手術が優れているとはいえず、いずれも推奨される。」との結論を導き出しておられます。であれば、あえて要約に「近年は腹腔鏡手術の報告が多い。」と書く必要があるのでしょうか？	ご指摘のとおりです。CQ19 要約を「腹腔内精巣に対して、開放手術は腹腔鏡手術と同様に推奨される。」といたしました。