

膀胱周囲炎(慢性線維脂肪腫型)に就て

千葉大学医学部皮膚泌尿器科教室(主任 竹内教授)

百 瀬 剛 一
片 山 喬
内 海 滉

Pericystitis

Goichi MOMOSE, Takashi KATAYAMA and Ko UCHIMI

*From the Dermato-Urological Clinic, School of Medicine, Chiba University**(Director : Prof. K. Takenouchi)*

Pericystitis is not rare entity today, but its pathological aspects present us with so varied problems of this disease that one's interest is made the more profound on that account. The authors wish to report on the three cases of pericystitis belonging to sclero-adipous type, which were so discovered, however, after the operation on the clinical assumption that they might be tumour.

I 緒 言

膀胱周囲炎は現今決して稀有の疾患ではないが、その病因・症状・病理組織学的所見等は多彩を極め、現在尙興味深い諸問題を提供している。著者等は最近臨床上腫瘍を疑った硬化脂肪腫型膀胱周囲炎の3例を経験したのでその概要を紹介し、併せて本症に対する些かの考察を加えたい。

II 症 例

第1例 内田某 男 12才

初診：昭和31年5月1日

家族歴及既往歴：特記するものがない。

主訴：下腹部痛及排尿痛

現病歴：最近食思不振，下痢等が持続していたが，20日前より下腹部痛をおぼえ今日に及ぶが激痛ではなく，発熱等も自覚しない。10日前より排尿痛が現われたが頻尿はおぼえない。

腹部触診所見：下腹部恥骨に接して手拳大の腫瘍あり。表面平滑で硬く，皮膚との癒着はないが不動性である。圧痛はない。

検査成績：

血液所見・赤血球数 365万，白血球数 15700，Hb，

83% で白血球過多症を認めたが，その百分率は著変がない。

赤血球沈降速度・30分—29，60分—55で促進する。
血晶質・特に異常なし。

肝機能・正常

総腎機能・PSP試験，水稀釈試験共にやや低下す。

尿所見・濁濁し，蛋白(±)，糖(-)，ウロビリ
ン(-)，ウロビリノーゲン(-)，

沈渣に膿球(卅)，桿菌(+)を証した。

膀胱鏡所見・後壁の凸隆及び該部に炎症性浮腫を認めるが其他は正常であり，青排泄は右8分15秒，左5分20秒である。

腸レ線所見・S状結腸部に狭窄像を証す。

直腸鏡所見・著変なし。

膀胱レ線像・第1図の如く右後壁に圧排像を証す
腎盂像・正常。

以上により廻盲部腫瘍を疑い開腹術を行うに，膀胱後壁に小林櫛大，弾力性硬，表面平滑の腫瘍を認め，大網・廻盲部・虫垂・S状結腸の一部が之に強度に癒着す。本腫瘍の触診所見，入院中腫瘍の稍々縮少し且つ白血球過多を証した事実を鑑み炎症性のものと診断した。よつて之に切開を加えドレーンを留置，同時に試験切除をかねて膀胱腔内からも腫瘍部に切開を加えた。此際少量の濃厚膿汁の排泄を認めた。術後強力に

化学療法を行い腫瘍は急速に縮少し術後21日で軽快退院した。

第2例 加瀬間某 女 35才

初診:昭和31年8月9日

家族歴:特記するものはない。

既往歴:22才子宮筋腫の手術,23才虫垂炎,32才子宮外妊娠で子宮剔除。

主訴:尿意頻数。

現病歴:約1月前より尿意頻数の出現と共に右腰痛及び微熱を自覚し,便秘に傾く。

腹部触診所見:膀胱部に圧痛を訴え,内診的に切除子宮頸部断端に境界不鮮明,鶩卵大,弾力性硬の腫瘍あり。

検査成績:

血液所見 正常

赤血球沈降速度・30分—30,60分—71で亢進す

肝機能・血品質・総腎機能・共に正常。

尿所見・軽度濁濁し,蛋白・糖・ウロビリソ・ウロビリノーゲン共に陰性。沈渣に膿球(+)大腸菌(卍)を証す。

膀胱鏡所見・後壁左方に偏して拇指頭大の腫瘍状隆起をみとめ,その表面及び周囲に充血・泡状浮腫が著明である。

青排泄は,右5分8秒,左10分で排泄せず。

膀胱レ線像・第2図の如く正面像並に蹲位撮影に於て膀胱左半部に造影剤の充満不足,側位撮影で膀胱前傾を証した。

腎盂像・正常

腸レ線像・S状結腸に通過障碍あり。

以上より骨盤内腫瘍を疑い開腹術を行うに,廻腸・S状結腸は膀胱後壁部腹膜に密に癒着し,その剝離を試みるも不能であつた。膀胱壁を触診するに,後壁より底部は肝臓状に硬く肥厚し脛部に及ぶ。3年前の子宮剔除の既往,微熱,腫瘍触診所見より炎症性腫瘍と診断し,該部に試験切開を加えたが排膿はない。よつて切開創を拡大,ドレーンを留置,化学療法を実施し,術後1月主訴全く消失し退院す。

退院時膀胱内景に著変なく,内診上腫瘍は殆んど消失していた。

第3例 上田某 男 19才

初診:昭和29年1月22日

家族歴及び既往歴:特記するものがない。

主訴:排尿痛及び頻尿。

現病歴:1月前より便秘・鼓腸と共に排尿痛・残尿感・頻尿があらわれた。

触診所見:前立腺輪廓不明であるが,前立腺部より

膀胱にわたり一塊として鶏卵大以上の表面平滑,境界不鮮明,弾力性硬の腫瘍となり軽度の圧痛を訴う。

検査成績:

血液所見・異常なし

赤血球沈降速度・正常

尿所見・軽度に濁濁し膿球(+)であるが,その他は全く正常である。

総腎機能・肝機能・共に正常

膀胱鏡所見・膀胱三角部より底部にわたり膨隆し,表面粘膜の充血著明。青排泄は,右4分35秒,左4分50秒。

直腸鏡所見・粘膜正常であるが前立腺部に一致し鶏卵大隆起を認む。

膀胱・尿道レ線像・第3図の如く後部尿道は稍々前傾,拡張し,内尿道口は狭少となる。

腎盂像 正常

精囊腺レ線像・異常なし。

以上より前立腺部腫瘍特に肉腫を疑い,正中線切開により腫瘍部に達するに,直腸と癒着し,膀胱底より前立腺部へ向う弾力性硬の浸潤あり。次で膀胱内景をうかがうに,三角部の凸隆・充血・浮腫を認む。よつて膀胱内外より腫瘍部触診を行うに,前立腺と腫瘍とは無関係に存在し,該腫瘍は三角部直下に存する事を認めた。よつて試験切開をかねて三角部に切開を加うるに少量の膿血汗を排出し慢性炎症なるを確認した。よつて腫瘍部に切開を加えドレーンを挿入,之を会陰部に索出留置した。術後強力に化学療法を実施し40日後軽快退院した。退院時触診的に全く腫瘍はふれず,先に輪廓不明瞭であつた前立腺も明瞭となつた。

以上3例の試験切開組織の病理学的所見は第4図の如く何れも同一であり,膀胱粘膜下より炎症性変化と共に線維性肥厚がおこりその間に可なり多くの脂肪様組織の存する事が特異であつた。

よつて我々の経験した3例は,臨床上慢性非化膿性膀胱周囲炎であり,病理組織学的には慢性線維脂肪腫型のものとして診断された。

II 考 按

膀胱周囲炎は屢々観察される泌尿器科的疾患の一つと思われるが,其報告は少い。即ち本症は他の合併症に注意をうばわれ見逃す場合も多く,又病因的關係から之を独立して取扱われる機会の少い事にもよるのであろう。

膀胱周囲炎の研究は仏にはじまり,1850年 Fabrice de Hilden, Chomel, Litter 等の

suppuration juxtavesicale の記述中に今日の膀胱周囲炎の大半が包含されていたという。其後も本疾患の研究は主として仏・独で行われ、特に第一次大戦時外傷性膀胱周囲炎が頻発したため、之を対象とした研究・業績等に基いて今日の如き分類並に病理学的見解が確立したものの様である。

本症の分類は、今日多くはドイツ学派にしたがつて Pericystitis, Paracystitis とし時に Retzius 腔脂肪組織の炎症を Extracystitis と独立せしめているが臨床的には勿論病理学的にも之等を区別する事は困難であり、著者の症例でも同様な事を経験した。

本症は病理学的所見にしたがつて化膿型と非化膿型とに大別されるが、化膿型は比較的大なる個立的膿瘍を作るもの、小膿瘍が多発するもの、或は蜂窩織炎様となり隣接諸臓器に病変の波及するもの、又比較的大なる膿瘍が膀胱状を呈する膀胱周囲組織内に生じ慢性経過をとるもの等種々な病型をとり、Pasten & Debains, Bazy, Imbert 等によれば非化膿型とは病因的に別個のものと考えられていた。

しかるに Delbet によれば Varliac が52例の非化膿型のものを検し、その若干のものが化膿型に移行した事から化膿型と非化膿型とは病因的に全く同一のものであると認められるにいたつた。恐らく両者は病原菌の種類、毒力及び病巣部組織反応程度の相違により相異なる病態を示すものであろう。

併して非化膿型は急性浮腫型と慢性線維脂肪腫型に分類されるが、後者は膀胱後壁部におこるものが多く、慢性経過をとる感染に対する反応であつて、Misewitz, Hallé によれば病巣部病原体の活動力如何に支配され、Suter は之に結合織の反応が関与し線維性変化が惹起する時に見られるという。然し病原体の静止時に於ては全く臨床的症狀を示さず、Aversenq によれば手術其他剖検で偶然発見される場合もあるが、一般に体力の衰弱等により病原体は活動となり、はじめて膀胱周囲炎の症狀を発現するというが、著者の第1例は之に概当するもの様である。

本型の組織像は肝臓様硬結を示す膀胱周囲組織に結合織の増殖と共に脂肪組織を証明する事が特異である。著者の3例も定型的所見を示したが、第1及び2例には橋原等の症例の如く小膿瘍の存在を認めた。

組織像に見られる結合織と脂肪組織との出現程度は症例によつて異なり、Jean は脂肪組織が多く証される場合は概して感染が穏和であり膀胱との癒着はないが、結合織増殖優勢なる際は隣接臓器との癒着をおこすといひ、Dienlafé は斯様な場合腹膜或は大網との癒着がおこり腹膜症状と共にその病状は全く変貌するという。著者例はその程度に軽重はあれ、何れも腹膜・大腸 小腸・大網等への癒着乃至浸潤を証し、第1及び第2例の如きはレ線的にも腸管の通過障害を認めたが、主症状は軽度の膀胱症状であり、第3例に鼓腸を証したが特に腹膜症状を訴えたものはない。又病巣部の病理組織所見は、第1例は脂肪様組織が著明に出現し、第2、3例はむしろ線維性変化が強度であつた。

我々の各症例に見られた病巣部の腸管への癒着は、橋原等によれば腸閉塞を来した O'Neill の小腸癒着例をはじめとし我国でも市川・岩田の廻腸癒着例がありとし、氏等の症例も空腸・末端回腸 S状結腸の一部と癒着せるを報じている。急性化膿型はさておき非化膿慢性型、特に病変の膀胱後方或は下部に及ぶものに腸との癒着が惹起する事は当然であらう。

本症は慢性・潜行性に進行する事が特異であり、従つて手術前に正確な診断を下す事は諸家も述べるが如く甚だ困難なものであり、Cimino は腫瘍と誤診する事が多いと述べているが、事実腫瘍と診断した多くの報告がある。我々の症例も第1例は廻盲部腫瘍を、第2例は骨盤内腫瘍を、第3例は前立腺部腫瘍を疑つたものである。

発生病理に関しては、すべての他の炎症と同様にあらゆる過程と経路による細菌感染が考えられ、その原発巣は膀胱内外に求められる。

即ち Wahl は之を除外す可く主張しているが、膀胱異物・結石 憩室等原因が膀胱にあるもの、手術 外傷等によつて膀胱隣接臓器より

の浸潤, 或は遠隔臓器からの転移性感染が考慮される. 原因全く不明のものは特発性膀胱周囲炎などとも呼ばれるが, 詳細な検討により原発巣たる可き潜伏病巣を何処かに発見し得るものがある. 我々の症例はいづれも明確なきめ手はないが, 第1例は虫垂炎, 第2例は外妊娠に行つた子宮手術との関係が推測された. 第3例は全く不明であつたが更に詳細に検索すればその原発巣を把握出来たものと信じている.

膀胱周囲炎の病態が本質的には何等他の炎症と異なる所がないので, その治療も消炎, 化学療法及び切開により所期の目的を達し得るが, 我々の症例の如き慢性硬化型のものでも慢性硬化性腎周囲炎に経験するが如く膀胱周囲炎の治療に準ずればよい. 楢原等も之に言及したが, 自家3例の経験も病巣部切開, ドレナージ, 化学療法を行う事により短時日に治療せしめ得た. 楢原等は O'Neill の3例を引用し, 氏等の症例の如き腸癒着により腸穿孔乃至閉塞の危険あるものには腸切除の必要な事を強調しているが, 我々の3例は何れも手術時腸癒着を証し, 第1及び2例はレ線的にも腸狭窄を認めたものであつたが全く腸処置を行わず, 前記療法のみにより腸狭窄も術後レ線的に軽快を証明した.

したがつて斯様な症例の腸切除は慎重な考慮の下に行う要があると考えらる.

IV 結 語

1) 著者は下腹部乃至骨盤部腫瘍と診断したが, その手術時所見並に病理組織像より慢性線維脂肪腫型膀胱周囲炎と確認した3例を経験した. 各症例共その軽重はあれ, 病巣部と腸管の癒着を証したが腸管には何等の処置も構わず単に病巣部切開, ドレナージ, 化学療法を行い短時日に治癒せしめ得た.

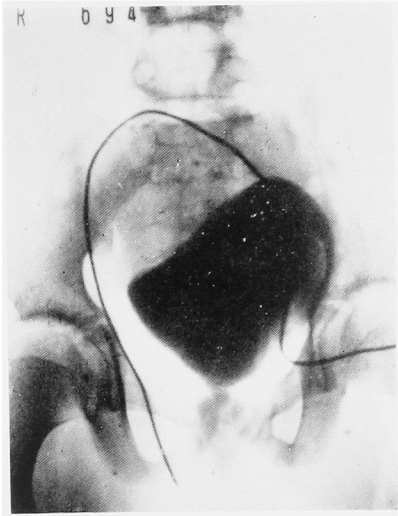
2) 本症の病因, 病理, 治療法等に就き若干の考按を加えた.

摺筆に当り竹内教授の校閲を謝す. 尚本論文要旨は第218回日本泌尿器科学会東京地方会で演説した.

文 献

- 1) 市川・岩田: 治療及処方, **20**: 1577, 1939.
- 2) 小島・早川・安田: 体性, **30**: 911, 1943.
- 3) 小島・早川・安田: 日泌, **43**: 317, 1943.
- 4) 溝口: 体性, **28**: 604, 1941.
- 5) 奈良 日泌, **29**: 687, 1942.
- 6) 楢原・池上・児玉: 臨床皮泌, **10**: 435, 1956.
- 7) 高橋: 臨床の皮泌, **5**: 1, 1940.
- 8) 土屋・佐藤: 日泌, **29**: 211, 1942.
- 9) 和田・岡本: 医療, **6**: 602, 1952.
- 10) 米山: 日泌, **29**: 137, 1942.
- 11) Aversenq et al.: Zschr. Urol., **8**: 189, 1914.
- 12) Budd & Corbus: J. Urol., **69**: 374, 1953.
- 13) Culver, Harry, Baber & William: Zschr. Urol., **23**: 235, 1949.
- 14) Delbet: Encyclopédie française d'urologie Tom. IV. 1921.
- 15) Eising: Zschr. Urol., **10**: 445, 1916.
- 16) Figarella: J. d'uro., **41**: 605, 1936.
- 17) Fowler J. d'uro., **38**: 74, 1937.
- 18) Fuller: Zschr. Urol., **9**: 353, 1915.
- 19) Gérard: Zschr. urol. Chirg., **38**: 136, 1933.
- 20) Jean: J. d'uro., **41**: 605, 1936.
- 21) Jeanbreaux J. d'uro., **41**: 603, 1936.
- 22) Légueu: Zschr. Urol., **23**: 235, 1929.
- 23) Légueu & Précis d'urologie, 1937.
- 24) Légueu & Rochet: J. d'uro., **14**: 1, 1923.
- 25) Maløtre Zschr. Urol., **20**: 632, 1926.
- 26) O'Neill J. Urol., **29**: 745, 1933.
- 27) Wahl Zschr. Urol., **28**: 21, 1935.

第1図



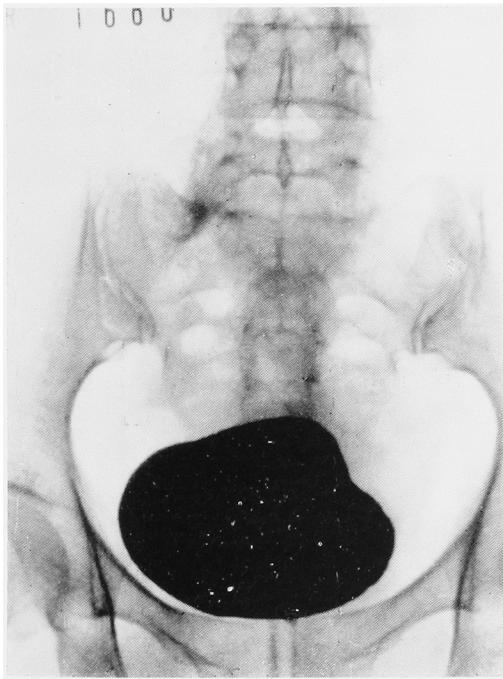
第1例 膀胱レ線像(針金は触診上の腫瘍の輪廓を示す)

第3図



第3例 尿道・膀胱レ線像

第2図



第2例 膀胱レ線像

第4図



第1例 組織像(第2 3例も同一所見を示す)