

精囊腺憩室に就て

大阪大学医学部泌尿器科教室（主任 楠 隆光教授）

助手 下 江 庄 司

Diverticulum of the Seminal Vesicle : Report of A Case

Shoji SHIMOE

From the Department of Urology, Osaka University Medical School

(Director : Prof. Dr. T. Kusunoki)

A case of diverticulum of the seminal vesicle was experienced recently in our clinic. The case was a 29-year-old man with chief complaint of hematospermia.

The existence of diverticulum was ascertained by the use of seminal vesiculography, and was confirmed by a surgical operation later.

Definition of diverticulum of the seminal vesicle was discussed from the clinical point of view. It is very important to differentiate the diverticulum of the seminal vesicle from the ectopic ureter opening into the seminal vesicle.

精囊腺部の嚢腫或は憩室と称される病変は、比較的少ないものとされている。故に我々がそれらについて充分の知識を得る機会が少ない。更にその異常部位が骨盤底部であるために、実際に手術をした場合にも、その発生母地が何処であるかを確認し得ない場合が少なくない。

私はこの種類の一症例に接した機会に、諸家の報告を通覧して、その病名、発生母地並びに各種所見との間に色々の不一致のあることを痛感し、かつ統一された概念を得るのに苦んだ。

ここにその症例報告と共に、それらの点に就て考えて見たい。

症 例

患者 池田某, 29才の男子, 会社員

主訴: 精液血症

家族歴: 特記すべきことはない。2人の子供がある。

既往歴: 23才の時右胸膜炎に、また26才の時に急性淋菌性尿道炎に罹患している。

現病歴: 昭和29年1月頃、何等原因と思われることなく、手淫時精液に血液が混じっているのに気付いた。

その後現在迄同様症状が継続し、最近では更に排便の際に忍責を加えると、時々外尿道口に血性粘液性の分泌物が漏出して来ると云ふ症状が加わつた。又自覚症状として、射精時陰部に鈍痛乃至は緊張感を感じることが多いと云っている。なお排尿障害は自覚していない。以上の症状により、昭和33年11月8日当泌尿器科を訪れ、同年12月5日入院した。

一般所見: 体格栄養共に良好、顔貌正常で、貧血の徴候を認めない。胸部には理学的所見に異常なく、腹部は扁平で、肝臓及び脾臓は共に触れない。血液所見: 赤血球数 504万、血色素量100% (ザーリー氏法) 白血球数 5,000、白血球百分率には異常はない。血沈は1時間値 2 mm, 2時間値 8 mm, WaR (-), 血圧118~70 mmHg. 血液化学的所見: NPN 23mg/dl, Na 342 mg/dl, K 21 mg/dl, Ca 12.0 mg/dl, Cl 358 mg/dl, CO₂ 29 mEq/L.

泌尿器科的所見: 両腎共に触れず、膀胱部には圧痛を認めない。陰茎は包茎である。陰囊内容に異常を認めない。直腸診的に前立腺は正常で、また精囊腺部に異常腫瘤を触れない。尿所見: 黄色透明、弱酸性、ウロビリノーゲン正常、蛋白陰性、沈渣には赤血球(-), 白血球(-), 上皮細胞(+), 粘液(+), 雑菌(-) 精液所見(手淫により採取): 量 2cc,

外観は茶褐色、臭正常。精子は $10 \times 10^6/cc$ 、形態は正常で、運動性が80%に認められる。赤血球多数。白血球は1視野中に2~4ヶに認められる。

膀胱鏡所見：容量 300 cc 以上、膀胱粘膜は正常、両側尿管口の形態及び収縮状態は正常で、青排泄は初発が右 3'10", 左 3'15" で、夫々 4'50" 及び 5'10" で濃青色する。

尿道鏡所見：後部尿道は全く正常で、精阜及び前立腺卵形嚢に異常はない。

レ線所見：単純レ線像では、結石その他の病的所見は認められない。排泄性腎盂レ線像では、両側共排泄良好で、腎盂尿管共に形態上異常はない。斜位尿道レ線像を見ると、精阜上尿道部及び膀胱頸部が前方に屈曲している像が描出され、あたかもこの部が後方から押されている様な所見である(第1図) 精囊腺レ線像(経陰嚢部精管的)では、右精囊腺及び両側精管は正常であるが、左精囊腺に相当する部に小鶏卵大の不規則楕円形の影像が認められ、これが左精囊腺像と重なっている(第2図)

臨床診断：左精囊腺憩室

手術所見：昭和33年12月9日楠教授執刀のもとに、左精囊腺剔除術が施行された。左鼠径部斜切開を旁腹直筋縁に沿い上方に延長した切開で、腹膜外的に骨盤腔を開いた。鼠径部で精索より精管を剥離し、切断結紮した後、精管を遊離しつつ骨盤腔の深部に達した。精管膨大部の側方に、正常の精囊腺とは異なる、周囲と軽度の癒着のある憩室があり、その壁の一部を開くと赤褐色流動性の液体が流出して来て、憩室内腔に達した。その壁は比較的菲薄であつた。そこでこれを精管と共に剔除したが、この際一塊として剔除することは出来ず、一部づつ剔除した。この憩室を剔除すると、その下後方に正常形態を有する左精囊腺が出て来たので、その一部も切除して手術を終つた。

剔除標本：a) 肉眼的所見：憩室は重さ 2.8 g 大きさ $3 \times 4 \times 0.15$ cm で、その壁は薄い。内面は灰白紅色で、光沢があり、平滑であつた(第3図) 憩室内容物の検査は術中流出した為に不能である。

b) 組織学的所見：H E 染色の標本を見ると、憩室の内面は一乃至数層の円柱上皮で覆われており、粘膜下は浮腫状で、少数の円形細胞の浸潤が見られる(第4図) 正常の精囊腺と思われる部分には著変は認められない。

術後経過：極めて順調で、7日目に抜糸、10日目に手術創は一次的治癒を営み、16日目に退院した。その際の尿道膀胱レ線像に於ては、術前に認められた膀胱

頸部の後方からの圧迫像は消退していた(第5図) 退院時には、射精時に会陰部に感じていた疼痛は全く消失したが、精液にはなをわずかに血液の混じっているのが認められた。これは憩室頸部の一部分は、切除し得ないで、残存したためと考えられる。

考 按

精囊腺部から膀胱後部に介在する嚢腫は、古くから知られている疾患で、既に1872年にSmithがHydrocele of the seminal visicleとして報告しており、更に1875年にはEnglishがその分類を試みている。しかし、今日でも比較的稀なもので、我々が経験する機会に恵まれない上に、骨盤底部の病変であるために、手術によつて直接に病変部に到達してもその詳細を確認し得ないことが多い関係上、諸家の報告には可成りの不一致があり、それを読む我々の考えを混乱させる処が少なくない。私自身もこれらの報告を通読し、完全に自己の考えを統一し得てはいないが、ここに二、三の点について私の考えを述べて見る。

(1) 名称を嚢腫とすべきか憩室とすべきか？

一般に病因の如何を問わず、嚢腫とは全く孤立した、周囲組織と交通のない液体の蓄溜したものを指すのに対して、憩室とは管腔臓器と交通のある、液体の蓄溜した空洞である。この区別を正確にすると、この病変の報告例中には、非常に大きくなつた真性の嚢腫もあるが、管腔臓器と交通を有するものの方が多い様で、従つて憩室と称すべきものの方が多いのである。即ち手術時に精囊腺、精管或は尿道などとの交通路を証明し得たものは勿論のこと、精囊腺レ線撮影法或は前立腺卵形嚢からの逆行性レ線撮影法で嚢腫像をも描出し得たもの、及び直腸よりのマツサージで外尿道口からの液体の流出を見たものは、憩室と称すべきである。しかし、この場合の憩室では、膀胱憩室などとは異り、空洞の割合にその頸部が細いことが多いので、臨床的には液体の充満した、波動性の著明な嚢腫の像が著明すぎるので、嚢腫と云ふ名称が用いられている場合が多い。即ち、真性の嚢腫と云うものは比較的少なく、多くのものは實際は

憩室であるが、これを囊腫として報告されているのが現状である。

私は臨床的の観点から、次の様に考へるものである。囊腫状でも頸部の比較的広い憩室で、臨床的にマツサージ、或は手術の操作で内容が流出して空虚になることを確認し得るものは、憩室と呼称すべきである。しかし、仮令レ線的に管腔臓器との交通が証明されても、マツサージ或は手術操作でも内容が流出せず、波動性を保持しているものは、臨床的に囊腫と呼称するのが妥当である。

この考えからすれば、私の症例は、手術操作で内容が流出して空虚になつた事から、憩室と称すべきである。

(2) 囊腫と憩室との臨床症状の相違

囊腫と称すべきものと憩室と称すべきものとは、勿論例外は少なくないが、大体の傾向として、臨床症状が相違するものである。囊腫では内容の出口がないから非常に大きくなる傾向がある。即ちその内容が Smith の 5,000 cc, Gujteras の 3,000 cc をはじめ、数 100 cc に達する Fisk ; Damski ; Deming ; 中尾 ; Lloyd and Bonnett ; Begg ; Coppridge などの報告例がある。そしてこの様な場合には腹壁から囊腫を触知し得るもので、囊腫による膀胱頸部の圧迫から排尿困難及び尿閉などが主症状となる。これに反して、憩室では精路と比較的広い頸部で連絡している関係上、内容物は流出するから囊腫は余り大きくならないし、尿道からの異常分泌物或は血精液症などの症状を呈することが多いのである。私の症例では、空洞は精囊腺レ線撮影法で証明され得る程度のもので、血精液症が主症状であつた。

(3) 発 生 母 地

Englisch は、既に1875年に、この部位に発生する囊腫及び憩室を次の4種類に分類したが、この分類法は今日でも最も妥当の様で、殆んどすべての症例はそのうちのどれかに入れ得る。

1. Wolff 氏管から発生する囊腫で、膀胱後壁の側方から精管附近に存在する。

2. Müller 氏管から発生する囊腫で、膀胱後方、正中線に存在する。

3. 前立腺卵形囊から発生する囊腫で、その精阜開口部の閉鎖により発生し、矢張り膀胱後部の正中線上にある。

4. 精囊腺の炎症により精囊腺小憩室の閉鎖によつて発生する囊腫であつて、これが真の精囊腺囊腫と称すべきものである。

(4) 精囊腺憩室(囊腫)の特殊性

以上4種類の囊腫のうちで、第4のものは第1より第3までのものと異なり、次の様な特殊な条件を具えている。

1. 精路と直接に交通している関係上、精囊腺レ線撮影法で、精囊腺像と共に、囊腫像も描出される。

2. 内容液中に、前3者では精子はないが、第4では精子が証明される事が多い

3. 血精液症を主症状とする。

4. Basisdivertikel よりの発生 Englisch は精囊腺小憩室の炎症による閉鎖を病因と考えたが、先天性にも精囊腺憩室(囊腫)は発生し得る。この点に就ては、既に楠がその一症例の報告の際に提唱した処である。Picker (1911) は屍体の精囊腺に就てコラルゴール注入レ線撮影をして、精囊腺には多数の小憩室の存在すること、及びその内で精囊腺頸部の内側背面に於て射精管開口部に接して存在するやや大きい、所謂 Basisdivertikel と称される憩室の存在を認めている。これが異常に大きくなると臨床的に認め得る精囊腺憩室になり得る事は容易に想像し得られる処で、楠の報告している憩室は丁度位置的に見てこの Basisdivertikel の部位にあつた。私の症例に於ても、手術所見で憩室は矢張り正常精囊腺の内側背面にあつたもので、この仮説を裏書きするものであつた。

この憩室乃至は囊腫が、精囊腺固有の憩室の増大したものとする仮説によると、説明し易い。次の様な事実がある。

a) 精囊腺から発生したものは、他の囊腫と異なり、頸部が広く、憩室的傾向が強く、又余り大きくならない。楠 ; 中島等 ; 及び私の症例などがそれである。

b) 石神は精囊腺レ線撮影を殆んど全く原則的の診断法として、多数例の患者に実施して、6例の多数例に精囊腺憩室を発見している。その多くは小さいもので、またあるものは多発性である。この事実は、著明な臨床症状を呈する程に増大する憩室は稀ではあるが、正常と病的増大との移行型と考へられる程度の憩室は決して少ないものではなく、又多発する傾向の強いことを物語っている。

(5) 以上の諸点を総合して、私は次の様に考へるものである。1) 側方にあり、2) 精路と交通があり、3) 精子を証明し、4) 血精液症を主症状とするものは大体精囊腺を発生母地とするもので、余り大きくはならない。そして仮令頸部が狭くて囊腫的色彩の濃いものも精囊腺憩室と呼称すべきである。これに反して、1) 正中線にあり、2) 精路と交通がなく、3) 精子を証明せず、4) 非常に大きくなつたものは、大体非精囊腺性で、囊腫と称すべきで、Müller 氏囊腫が最も多いものである。

この観点からすれば、Stewart and Nicoll が精囊腺囊腫と称して、自験例をも入れて集めた9例の殆んど凡ては非精囊腺的のものであり、ただ彼等の自験例のみが精囊腺憩室に入るものである。その他の報告のうちで精囊腺憩室に入るべきものは、Boeminghaus ; Lund and Cummings ; 中尾 ; Süsbier ; 中島等のものが数えられる。

(6) 男子膀胱外開口尿管との鑑別

私は諸家の報告を見ていて、男子膀胱外開口尿管を本症と誤診されている症例のあるのに気付いた。宗野波 ; 中尾の第2例、及び Zinner の症例は確かな誤診例であり、von Gaza の症例もその疑いが濃厚である。

女子の膀胱外開口尿管の診断は尿失禁があり、また開口部を多くの場合に直接に発見し得る關係上、その診断は容易であるが、男子のそれは、精囊腺或は前立腺部など外尿道括約筋以内に開口するために、尿失禁がなく、反覆する慢性前立腺・精囊腺炎の症状を呈するだけであるから、その診断は難しい。この男子膀胱外開

口尿管のうちで、一側の単一尿管が精囊腺部に開口するものでは、特に該腎が痕跡の場合には、拡張した尿管部が精囊腺囊腫と誤診される。この際には、該側の尿管口は、膀胱鏡的に見て欠如するもので、上記の症例がすべてこれである。中尾は、既にこの点に触れ、精囊腺囊腫の一つの型として同側腎欠損を合併する型を考えているが、この理論はやや不合理である。一側腎欠損の場合には、同側の性器をも欠如するのが原則とされている。故に腎欠如の際には精囊腺も欠如すべきものであり、精囊腺は存在して腎臓のみ欠如するのは不合理である。上記の症例で、尿管口の欠如したのは腎欠如のためではなく、腎臓は痕跡的に存在しており、その尿管口が精囊腺部に開口したためである。従つて精囊腺部の憩室或は囊腫と考えられるもので、その側の尿管口を欠如し、該側腎機能不全のある場合には、本症よりもまず同側の膀胱外開口尿管を考えねばならない。

結 語

1) 血精液症を主訴とする、29才の男子にみられた左精囊腺憩室の1例を報告した。

2) 精囊腺部から膀胱後方に亘つて存在する囊腫性疾患のうちで、精囊腺憩室は特殊のものである。他のものを囊腫と称するに対して、憩室と呼称するのが妥当である。

3) 精囊腺憩室(囊腫)と男子膀胱外開口尿管との鑑別は大切である。

稿を終えるに当り、本報告につき終始御懇篤なる御指導並びに御校閲を賜つた恩師楠教授に深甚なる謝意を表します

文 献

- 1) Begg, R. C. Brit. J. Urol., 8 105, 1936.
- 2) Boeminghaus, H. Arch. klin. Chir., 139 : 641, 1926.
- 3) Coppridge, W. M. South. Med. J., 32 : 248, 1939 (Quoted by Lloyd et al.).
- 4) Damski, A. Ann. Mal. Org. Genito-urin., 26 : 981, 1908 (Quoted by Scharz-

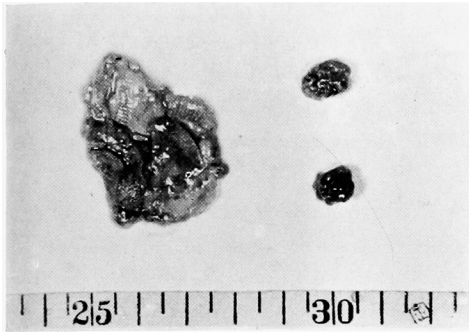
- wald).
- 5) Deming, C. L. Trans. Am. Assoc. Genito-urin. Surg., **28** : 301, 1935 (Quoted by Stewart et al.).
 - 6) Englisch : Med. Jahrb. Wien, 1875 und Sitzungsber. d. K. K. Ges. d. Ärzte, Wien 1874 (Quoted by Schwarzwald).
 - 7) Fisk, A. L. Ann. Surg., **28** : 652, 1898.
 - 8) v. Gaza, W. : Arch. klin. Chir., **126** 502, 1923.
 - 9) Guiteras, R. : Lancet, **2** : 74, 1894.
 - 10) 石神襄次 : 第3回関西西地方会, 1959.
 - 11) 楠隆光 : 日泌尿会誌., **38** : 35, 1947.
 - 12) Lloyd, F. A. and Bonnett, D. J. Urol., **64** : 777, 1950.
 - 13) Lund, A. J. and Cummings, M. M. J. Urol., **56** 383, 1946.
 - 14) 宗菊次郎, 野波英一郎 : 日泌尿会誌., **45** : 44 1954.
 - 15) 中尾知足 : 皮と泌., **12** : 84, 1950.
 - 16) 中尾知足 : 皮と泌., **14** : 215, 1952.
 - 17) 中島啓雄, 柳瀬功一 : 日泌尿会誌., **49** : 731, 1958.
 - 18) Picker Studien über das Gangsystem der Samenblase, Berlin, 1911, bei Coblentz (Zit. n. Voelcker, F. Chirurgie der Samenblase : Neue Deutsche Chirurgie Bd. II. 1912).
 - 19) Schwarzwald, R. Th. Handbuch der Urologie, Br. V., 356, 1928, J. Springer, Berlin.
 - 20) Smith, N. R. Lancet, **2**, 559, 1872.
 - 21) Stewart, B. L. and Nicoll, G. A. : J. Urol., **62** 189, 1949.
 - 22) Süssbier, W. Zbl. Chir., **73** : 271, 1948.
 - 23) Zinner, A. Wien. med. Wschr., **64** : 605, 1914.



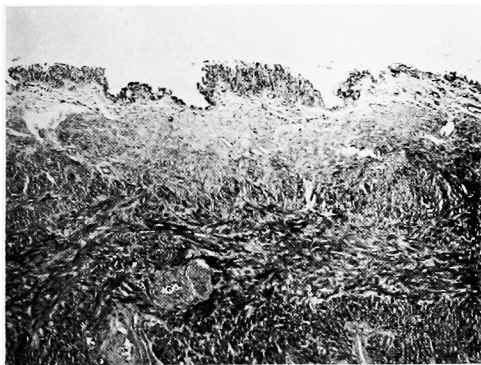
第1図 斜位尿道レ線像 : 精阜上尿道部及び膀胱頸部の前方への屈曲像が見られる。



第2図 精囊腺レ線像 : 左精囊腺部に小鶏卵大の憩室像を見る。



第3図 剔除標本：精囊腺憩室（右）及び正常と思われる左精囊腺の部分（左）



第4図 精囊腺憩室の組織像（10×10倍）：
粘膜上皮は1～数層の円柱上皮で、
粘膜下は浮腫状を呈し、少数の円形
細胞の浸潤を認める。



第5図 術後尿道膀胱レ線像：膀胱頸部での
圧迫像は見られない。