

## 精 索 結 核 の 1 例

国保中央病院泌尿器科 (部長: 妻谷憲一)

田中 雅博, 妻谷 憲一, 壬生 寿一, 坂 宗久

GENITAL TUBERCULOSIS OCCURRING IN THE  
SPERMATIC CORD: A CASE REPORT

Masahiro TANAKA, Kenichi TSUMATANI, Hisakazu MIBU and Toshihisa SAKA

From the Department of Urology, Kokuho Chuo Hospital

Genital tuberculosis occurring in the spermatic cord is a rare disease. A 70-year-old man presented with a mass on the left side of the scrotum which had been painless and had gradually enlarged over the previous 4 months. Surgical excision was performed. The tumorous mass was located in the spermatic cord but did not connect with the testis or epididymis. The removed specimen was 15×20×15 mm in size and weighed 6 g. Histopathological diagnosis was tuberculosis. At present, 27 months after surgery, recurrence has not been found.

(Acta Urol. Jpn. 48: 753-755, 2002)

**Key words:** Genital tuberculosis, Spermatic cord tuberculosis

## 緒 言

近年, 本邦における性器結核を含めた結核の罹患率は, 必ずしも減少傾向にあるとはいえないのが現状である。現在でも年間4万人程度の新規結核患者が発生しており, 重要な感染症であることは言うまでもない。

今回, 結核症の既往がなく, 全身検索でも他臓器に結核病変を認めなかった精索結核の1例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。

## 症 例

患者: 70歳, 男性

主訴: 左陰嚢内無痛性腫瘍

家族歴: 父は脳梗塞, 母は肺炎にて死亡。

既往歴: 63歳時, 狭心症

現病歴: 1999年10月上旬より, 左陰嚢内に無痛性の腫瘍を自覚し, その後増大傾向を認めたため, 2000年2月23日当科を受診した。左陰嚢内に精巣, 精巣上体とは連続性のない小指頭大の腫瘍を精索部に認めたため, 精査加療目的にて入院となった。

入院時現症: 身長 158 cm, 体重 58 kg. 血圧 140/60 mmHg, 脈拍 72/min, 整. 体温 36.6°C, 体格栄養は良好。表在リンパ節の腫脹はなく, 胸腹部に理学的異常所見を認めなかった。左陰嚢内に精巣, 精巣上体とは連続性のない石様硬の腫瘍を認めた。腫瘍内容の透光性試験は陰性であった。直腸診で前立腺はクルミ大, 表面平滑, 弾性硬で圧痛も認めなかった。

入院時検査所見: 血液一般および血液生化学検査に

て異常を認めず 血沈は1時間値 15 mm, 2時間値 28 mm と軽度上昇。血中  $\beta$ -HCG, AFP に異常は認めなかった。検尿では pH 6.5, 蛋白 (-), 糖 (-), 沈渣で WBC 0~1/hpf, RBC 0~1/hpf で尿一般細菌培養も陰性であった。尿 喀痰・糞便の結核菌塗抹染色 培養; 陰性, ツベルクリン反応; 15×16/34×36 mm (強陽性)。

画像診断: 胸部X線単純写真および胸部 CT では異常所見を認めず, 腹部 CT, IVP 上も上部尿路, 膀胱, 前立腺の石灰化や変形などの異常所見は認めなかった。上部消化管内視鏡検査・小腸 注腸造影でも異常所見は認めなかった。陰嚢部 MRI では左陰嚢内の腫瘍は大きさ 15×20×15 mm で, 精巣, 精巣上体より頭側で精索部に位置しており, T1 強調像にて骨格筋と比べると同等かやや高信号, T2 強調像では軽度高信号, 造影 MRI ではほぼ均一に濃染した (Fig. 1A, B, C)。

以上の検査所見から精索結核を疑うも, 悪性疾患の可能性も否定できなかったため, 3月14日に精索腫瘍摘除術を施行した。

手術所見: 腰椎麻酔下に, 左陰嚢上に約 5 cm の切開をおき, ついで総鞘膜を開き陰嚢内容を創外に露出した。腫瘍は精索に一致して発生しており, 肉眼的に精巣, 精巣上体は正常であった。腫瘍と精管および精巣動静脈との癒着は強くなく剝離は容易であり, 腫瘍摘除術を施行した。

摘出標本: 腫瘍の大きさは 15×20×15 mm, 表面不整, 石様硬で断面は灰黄色, 充実性であった (Fig. 2)。

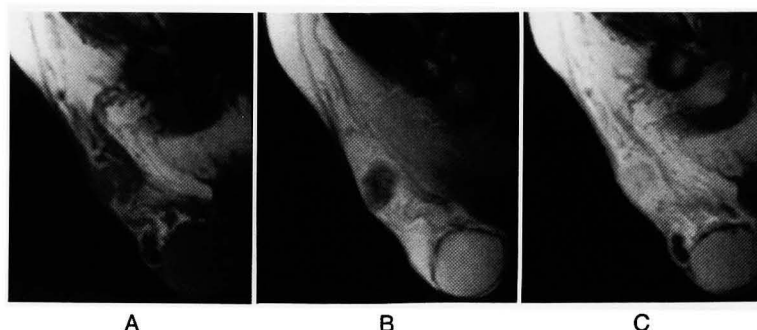


Fig. 1. MRI revealed a nodule in the left spermatic cord. A: T1-weighted sagittal image, B: T2-weighted sagittal image, C: Gadolinium enhanced T1-weighted sagittal image.



Fig. 2. The cut surface of the mass was grayish yellow and had a stony hard consistency.

病理組織所見：腫瘍部には類上皮細胞とランゲハンス型巨細胞を主体とする肉芽組織を認め、また一部に乾酪壊死巣も認められ (Fig. 3A, B), 結核と診断された。Ziehl-Neelsen 染色を行ったが結核菌の存在は確認できなかった。

術後経過：経過は良好であり、術後10日目より

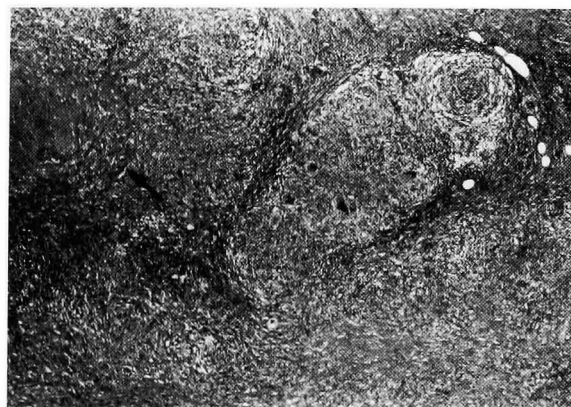


Fig. 3A. Histopathological finding of a caseous necrosis (HE stain  $\times 100$ ).

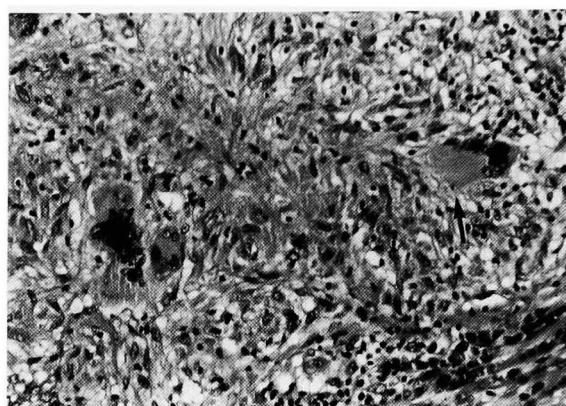


Fig. 3B. Histopathological finding of a Langhans giant cell (HE stain  $\times 400$ ).

INH 300 mg/日, RFP 450 mg/日, EB 750 mg/日による抗結核療法を開始し6カ月投与した。術後2年3カ月を経過した現在、再発を認めていない。

## 考 察

本邦における男子性器結核の発生頻度は、1955年以前には泌尿器科外来総数の5.3%であった<sup>1)</sup>。その後、定期的な検診の普及や抗結核薬の発達などにより、全結核感染症とともに減少し、1980年代には外来総数の0.1%台にまで低下した<sup>2)</sup>。しかし、近年その罹患率は必ずしも減少傾向にあるとはいえず、今後も肺、肺外結核ともに依然として重要な感染症であることは言うまでもない。

一般に精索結核の感染経路は、血行性、リンパ行性および尿路から逆行性に感染して発症する精管性<sup>2)</sup>が、最近ではほとんどが血行性感染であるとされている。つまり、精索結核のほとんどは肺の初期病変から数年～数十年を経て出現する<sup>3)</sup>転移性感染であり、本症例でも肺結核症の既往は認めなかったが不顕性感染をおこした後、自然治癒していた可能性は否定できないため、その転移性感染により精索結核が発症したものとするのが妥当であろう。

本邦ではこれまで115例<sup>4)</sup>が報告されていて、比較

的稀な疾患であるが, 術前に臨床診断がつけられた症例は意外に少なく, 不運にも精巣摘除術が選択され術後の病理所見にて結核症と診断される症例が多いのが現状である. 近年若年者における結核症の増加<sup>5)</sup>も考えると, 不必要な精巣摘除術を避けるためにも, 今後その対策は急務である. そこで陰嚢内に無痛性腫瘤を認めた場合, 精巣腫瘍の腫瘍マーカーである  $\beta$ -HCG, AFP, LDH を測定することは言うまでもないが, 本症例のように精巣腫瘍の典型例ではなく, 精索部に腫瘤を認めた場合や触診上や画像上腫瘤が特に数珠状を呈する場合<sup>6)</sup>はツベルクリン反応や血沈測定<sup>7)</sup>を行うなど, 性器結核も念頭に入れて鑑別診断することも重要であろう.

治療に関しては, 本症例では精索結核がすでに摘除されており予防的投与の目的で, 肺結核の初回短期化学療法のガイドライン<sup>8)</sup>に沿って, INH, RFP, EB の3剤併用療法を6カ月間行った. 抗結核薬による副作用を認めず, 現在2年3カ月を経過しているが再発の徴候は認めていない.

## 結 語

今回, 精索結核の1例を経験したので若干の文献的考察を加え報告した.

## 文 献

- 1) 近藤 厚: 男子性器結核. 日本泌尿器科全書. 第4巻, pp 251-335, 金原出版, 東京, 1959
- 2) 松下一男: 男子性器結核. 新臨床泌尿器科全書. 市川篤二, 落合京一郎, 高安久雄編. 第1版, 5B, pp 236-246, 金原出版, 東京, 1986
- 3) Gow JG: Genitourinary tuberculosis. Campbell's Urology 7th ed, Walsh, Retic, Vaughn, Wein eds, WB Sauners Co, Philadelphia, pp 807-836, 1997
- 4) Yamasaki S, Sugita O, Tanimura T, et al.: Tuberculoma arising in the inguinal portion of the spermatic cord: a case report. Int J Urol 3: 514-517, 1996
- 5) 徳留修身: 結核サーベイランスからみた若年者結核. 結核 70: 525-536, 1995
- 6) 今井 伸, 横木広幸: 両側精巣上体結核の1例. 西日泌尿 63: 638-639, 2001
- 7) Al-Meshaan MK and Afif HAR: Tuberculoma of the spermatic cord. Med Princ Pract 8: 251-254, 1999
- 8) 和田雅子: PZA を含む新しい初回化学療法のガイドライン 日医師会誌 121: 350-354, 1999

(Received on June 17, 2002)

(Accepted on August 1, 2002)