

梅毒性精巣炎の1例

関田 信之¹, 西川 里佳¹, 藤村 正亮¹菅野 勇², 三上 和男¹¹千葉県済生会習志野病院泌尿器科, ²千葉県済生会習志野病院病理部

SYPHILITIC ORCHITIS: A CASE REPORT

Nobuyuki SEKITA¹, Rika NISHIKAWA¹, Masaaki FUJIMURA¹,
Isamu SUGANO² and Kazuo MIKAMI¹¹The Department of Urology, Chibaken Saiseikai Narashino Hospital²The Division of Pathology, Chibaken Saiseikai Narashino Hospital

Tertiary syphilis is recently a rare disease in Japan. In this paper, we report a rare case of syphilitic orchitis. The patient was in his early forties. The left scrotal contents were swelling and a low echoic nodule measuring about 30 mm in diameter was detected on ultrasonography. Serum alpha fetoprotein, lactate dehydrogenase, and beta subunit of human chorionic gonadotropin were within the normal range, whereas *Treponema pallidum* hemagglutination assay and rapid plasma reagin were strongly positive. High orchiectomy was performed for suspicion of testicular tumor. Histological findings showed the non-specific inflammatory granuloma with lympho-plasmatic infiltration. It was diagnosed as granulomatous inflammation of left testis caused by syphilis.

(Hinyokika Kiyo 58 : 53-55, 2012)

Key words : Syphilis, Orchitis

緒 言

梅毒はスピロヘータによる性行為感染症として知られている。わが国では戦後一時的に罹患者の増加がみられたが、ペニシリンによる駆梅療法の普及により成書にある典型的な梅毒症例を診察する機会はほとんどなくなった。しかし、2001年以降、再び梅毒は増加傾向にあるとされ¹⁾、われわれは晩期梅毒によると考えられる精巣炎の症例を経験した。

症 例

患者：40歳代、男性

主訴：陰囊内容腫大

既往歴：特記なし

家族歴：特記なし

現病歴：2008年6月ごろより陰囊内容の無痛性腫大を自覚し、徐々に増大したため2008年9月、当院当科を受診した。左精巣腫瘍の診断にて同年10月手術目的で入院となった。

入院時現症：身長 175 cm, 体重 68 kg, 胸腹部に異常所見を認めず、表在リンパ節の腫大はみられなかった。陰茎皮膚に小潰瘍病変を認めた。左精巣は硬く、鶏卵大に腫大していた。左精巣上体は軽度腫大していたが、硬結は認めなかった。

入院時検査成績：LDH 137 (正常119~229) IU/L, β HCG <0.1 ng/ml, AFP 3.1 (正常0~8.5) ng/ml は

すべて正常範囲内であった。その他の血液生化学検査および尿検査に異常所見は認められなかった。入院時の感染症項目として実施した血清検査において TPHA 320倍, RPR 128倍と陽性所見を示しており, HIV 抗体は陰性であった。

画像検査所見：陰囊超音波検査では左精巣内部に比較的境界明瞭な 30 mm 程度の低エコー像が認められた。MRI 検査において、腫瘍は正常精巣組織と比較的境界明瞭で、腫瘍内部は不均一な信号を呈していた (Fig. 1)。腹部CT検査では、腹部リンパ節の腫大はみられなかった。

入院後経過：臨床経過および画像検査所見から、精

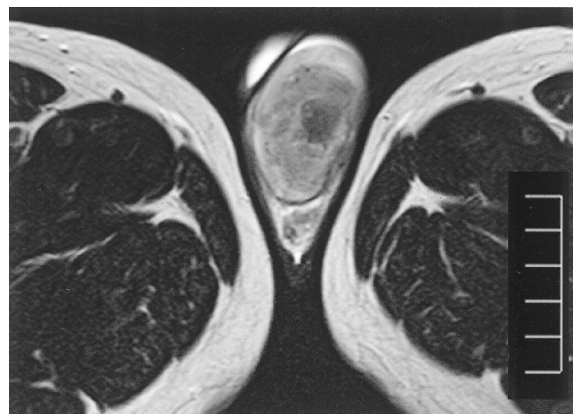


Fig. 1. MRI film shows the nodule with high and low intensity in the left testis (axial, T2 weighed).

巣腫瘍の可能性が否定できないため、左高位精巣摘除術を施行した。摘出精巣には炎症性変化がみられたが悪性所見は認められず、梅毒性の精巣炎と診断した。本人は、術前から梅毒感染の可能性は認識していなかった。治療として経口ペニシリン製剤 1.5 g/日を2カ月間服用し、陰茎皮膚潰瘍は治癒し、以降皮膚科にて1年間経過観察された。

摘出標本所見：精巣の表面は平滑。精巣実質には35×20×25 mmの混濁黄白色調、結節癒合状、一部壊死性の腫瘍を認めた (Fig. 2)。剖面では黄白色の組織が正常精巣を圧排していた。

病理組織学的所見：中心が凝固壊死の肉芽で、好



Fig. 2. Macroscopic appearance of extracted testis.

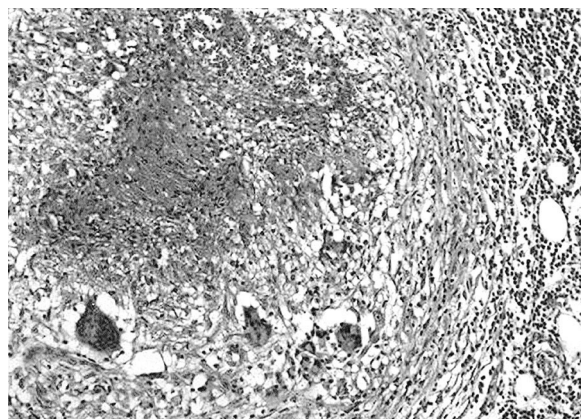


Fig. 3. Histopathological findings show non-specific inflammatory granuloma with lymphoplasmatic infiltration.

酸球症、形質細胞主体のリンパ球性炎症細胞浸潤、類上皮細胞、少数の異物型巨細胞などを伴う。非特異性の肉芽で異型性は認められなかった (Fig. 3)。追加として施行したスピロヘータ染色は陰性であった。

考 察

梅毒の自然史は硬性下疳と呼ばれる潰瘍性病変やリンパ節の無痛性腫大がみられる第一期梅毒 (primary syphilis)、全身の皮膚病変をきたす第二期梅毒 (secondary syphilis)、その後血清梅毒反応が陽性で顕性の症状がみられない潜伏梅毒 (latent syphilis) へ移行し、最終的にゴム腫、心血管梅毒、神経梅毒と称される症状を呈する晩期梅毒 (tertiary syphilis) へと進行する。梅毒性精巣炎は晩期梅毒として生じうる。その報告は1965年までに99例がなされている²⁾が、それ以降は4例の報告があるのみ³⁻⁶⁾で、1999年以降報告はみられない。1965年以降の報告例を Table 1 に示す。臨床的には精巣腫瘍との鑑別が問題となる。術前に施行されるエコー・MRI・CT といった画像検査では悪性腫瘍との鑑別は困難と考えられる。本症例のMRIでは、T2強調画像において高信号の正常精巣組織の内部に中心が低信号、その周囲に中等度から高信号を呈する腫瘍病変として描出された。最近の報告がなく、梅毒性精巣炎に特徴的なMRI像は明確ではないが、中心が壊死したセミノーマや非セミノーマとの鑑別が困難な所見と考えられた。梅毒性精巣炎は、梅毒血清反応が陽性であること、自然治癒の可能性があること、駆梅毒法での治癒傾向が認められることなどで鑑別できることもであるとされている。しかし、精巣腫瘍と同様に陰嚢内容の無痛性腫大という主訴が受診契機であることが多く、術前に確定診断することは困難と考えられた。実際、初期治療は手術による精巣摘除が選択されており、本症例でも梅毒性精巣炎も念頭に置きながら高位精巣摘除術が施行されている。

確定診断に重要なのは、組織中の *Treponema pallidum* (TP) の検出であるが、実質臓器に障害をきたす晩期梅毒では組織免疫力が強く、TPを検出することが困難とされており⁶⁾、病理所見とともに梅毒血清反応や臨床経過など総合的に診断される。中野ら⁶⁾

Table 1. Cases of syphilitic orchitis in Japan

No.	報告年	報告者	年齢	患側	主訴	エコー所	RPR	TPHA	治療	病理	追加治療
1	1987	大西	72	右	無痛性腫大	ND	ND	ND	精巣摘除	TP (-)	ND
2	1989	ナシーマ・カトゥーン	33	左	無痛性腫大	ND	高値	高値	精巣摘除	TP (+)	ND
3	1993	寺尾	44	右	無痛性腫大	low	32	2,560	精巣摘除	TP (-)	ミノマイシン
4	1999	中野	75	左	無痛性腫大	low	512	40,960	精巣摘除	PCR (+)	PCG
5	2011	自験例	40	左	無痛性腫大	low	128	320	精巣摘除	TP (-)	PC

RPR: rapid plasma reagin, TPHA: *Treponema pallidum* hemagglutination assay, TP: *Treponema pallidum*, ND: not described, PC: penicillin, PCG: penicillin G.

は PCR 法を用いて確定診断を行っており, 判断に迷うような症例ではぜひ試みたい手法である. 本症例には, 3 年前に自然消退をみた陰部の潰瘍の既往, それに続く頭皮・口腔内, 眼病変を呈した既往があった. TP の検出はできなかったが, 病理組織結果および RPR, TPHA 高値である点, 梅毒感染を示唆する臨床経過より梅毒性精巣炎と診断した. 同様の病理組織像を呈する鑑別疾患の 1 つに結核性精巣炎が挙げられる. 乾酪壊死を認めることが特徴の 1 つであるが, 基本的に非特異的な炎症であることから組織形態による鑑別は困難とされる. 本症例では, ツベルクリン反応が弱陽性であったこと, 病理組織に乾酪壊死を認めなかったこと, 他の炎症性疾患が示唆されたことから結核性精巣炎を否定した.

治療は以前からペニシリン製剤の投与が推奨されている. 日本感染症学会ガイドライン⁷⁾では経口合成ペニシリン剤を 1 日 500 mg×3 の投与量で, 1 期では 2~4 週間, 2 期では 4~8 週間, 3 期以降に対しては 8~12 週間必要とされている. Riedner ら⁸⁾は早期梅毒症例にアジスロマイシンの単回投与がペニシリン製剤と同等の効果が得られたと報告しているが, 耐性の報告⁹⁾もあり使用には注意が必要である. 治療効果と STS 法の抗体価はよく相関するため, 臨床症状の持続や再発がないこと, STS 法の抗体価が 8 倍以下に低下することを確認し治療判定を行うとされている⁷⁾.

また, 梅毒は治療がなされずに自然消退を繰り返す経過をたどると, 潜伏梅毒の 30% は将来晩期梅毒へ移行するとされている¹⁰⁾. 晩期梅毒では薬剤の投与量・投与期間がともに多くなるだけでなく, 生命を脅かす疾患となる. 早期診断・早期治療が望まれる疾患であり, 陰部の皮膚症状を認めた場合に医療機関へ受診することの啓蒙が必要である. また同時に, その皮膚症状から疾患を類推でき, 検査診断治療を行える臨床能

力も求められることとなる. 稀な症例の経験を契機に認識しておきたい疾患であると考えられた.

結 語

梅毒性精巣炎の 1 例を経験し, 文献的考察を行い報告した. 1965 年以降では 5 例目の報告である.

参 考 文 献

- 1) Beltrami JF, Weinstock HS, Berman SM, et al.: Primary and secondary syphilis-United States, 2003-2004. *Morb Mortal Wkly Rep* **55**: 269, 2006
- 2) 岸本 孝, 甲斐祥生: 睾丸ゴム腫の 1 例. *臨泌* **19**: 681-684, 1965
- 3) 大西規夫, 若林 昭, 杉山高秀, ほか: 胸腹部大動脈瘤を伴った梅毒性精巣炎の 1 例. *泌尿紀要* **33**: 1496-1499, 1987
- 4) ナシーマ・カトウン, 小武家俊博, 井内康輝: 精巣腫瘍 (梅毒性精巣炎). *広島医* **42**: 1776, 1989
- 5) 寺尾俊哉, 蔵 尚樹, 大橋英行, ほか: 梅毒性精巣炎の 1 症例. *泌尿紀要* **39**: 973-976, 1993
- 6) 中野 康, 長久裕史, 稲葉洋子, ほか: 梅毒性精巣炎の 1 例. *泌尿紀要* **45**: 289-291, 1999
- 7) 日本感染症学会編: 性感染症 診断・治療, ガイドライン, 2008. 日本感染症学会誌第 19 巻 1 号 サプリメント: 46-48
- 8) Riedner G, Rusizoka M, Todd J, et al.: Single-dose azithromycin versus penicillin G benzathine for the treatment of early syphilis. *N Engl J Med* **353**: 1236-1244, 2005
- 9) Lukehart SA, Godornes C, Molini BJ, et al.: Macrolide resistance in *Treponema pallidum* in the United States and Ireland. *N Engl J Med* **351**: 154-158, 2004
- 10) 柳沢如樹, 味澤 篤: 現代の梅毒. *Mod Media* **54**: 14-21, 2008

(Received on June 23, 2011)
(Accepted on September 24, 2011)