

梅毒性精巣炎の1症例

東京労災病院泌尿器科 (部長: 水尾敏之)

寺尾 俊哉, 蔵 尚樹, 大橋 英行, 水尾 敏之

東京労災病院病理部

亀 田 典 章

SYPHILITIC ORCHITIS: REPORT OF A CASE

Toshiya Terao, Naoki Kura, Hideyuki Ohashi
and Toshiyuki Mizuo*From the Department of Urology, Tokyo Rosai Hospital, Tokyo, Japan*

Noriaki Kameda

From the Department of Pathology, Tokyo Rosai Hospital, Tokyo, Japan

Syphilitic orchitis is recently a rare disease in Japan. A 44-year-old man visited our hospital with the complaint of swelling of the right scrotum. He first noticed it about a half year ago, but the swelling mitigated without any therapy. The right testis was about the size of a hen's egg, elastic hard, and slightly rugged when he first visited our hospital. Treponema pallidum hemagglutination assay (TPHA) and rapid plasma reagin (RPR) were positive. We performed high orchiectomy because we could not deny the possibility of testicular tumor. Pathologically, granulomatous inflammation with lympho-plasmacytic infiltration and endoarteritis obliterans of the small arteries were seen in the specimen. It was diagnosed as granulomatous inflammation possibly caused by syphilitic orchitis. Syphilitic orchitis is usually quite difficult to distinguish from other types of granulomatous diseases of the testes, for example tuberculous orchitis. Various types of stains and careful examination of the specimen were thought to be necessary to distinguish these diseases.

(Acta Urol. Jpn. 39: 973-976, 1993)

Key words: Granulomatous orchitis, Syphilis

緒 言

近年, 梅毒性精巣炎はほとんどみられなくなった。われわれは本症が最も疑われる1例を経験したので報告する。

症 例

患者: 44歳。

主訴: 右陰囊内容腫脹

既往歴: 4年前B型肝炎, 14年前両鼠径部リンパ節腫脹

家族歴: 特記すべきことなし

現病歴: 1990年10月右陰囊内容の腫脹に気づき近医を受診した。抗生物質(ペニシリン系)を投与されたが, 声門浮腫をきたしたため中止した。その後とくに

治療せず腫脹は改善していたが, 約半年後に再び陰囊内容が腫脹したため, 1991年4月1日当科を受診した。

現症: 身長 156.5 cm, 体重 51.6 kg, 胸部, 腹部所見に異常はなく, 皮膚病変や表在リンパ節も腫大を認めなかった。右精巣は弾性硬で鶏卵大に腫大していた。精巣上体との境界ははっきりしなかった。左精巣も正常精巣より硬い印象があったが, 明瞭な腫脹は認められなかった。精巣上体との境界は明瞭であった。

入院時検査成績: 血沈値は1時間値 89 mm と亢進していた。血液所見では白血球数が $12,500/\text{mm}^3$ (Stab 7%, Seg 52%, Ly 33.5%, Mo 5.5%, Eo 1.5%, Bo 0.5%) と上昇し, 左方移動がみられた。血小板数も $60.5 \times 10^4/\text{mm}^3$ と増加していた。血液生化学的には異常を認めなかった。血清検査では TPHA

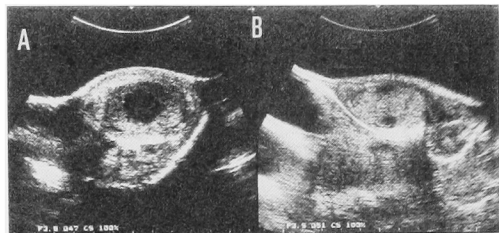


Fig. 1. A; Ultrasonography revealed a hypoechoic lesion, 1cm in diameter. B; Two hypoechoic lesions were seen in the peripheral area of the testis. (A: the right testis, B: the left testis)

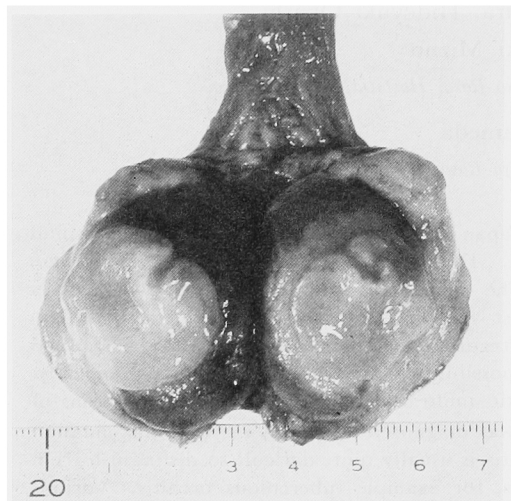


Fig. 2. Resected specimen of the right testis. In the central area, there was a yellow abscess surrounded by an yellow-green elastic firm granuloma.

2,560倍, RPR 32倍と陽性所見を示していた。検尿所見には異常を認めなかった。

画像検査所見: IVP, 胸部写真には異常はみられなかった。超音波検査では右精巣の中心部に直径1cmの低エコー領域を認めた。左精巣にも直径7mmの低エコー領域が2カ所みられた (Fig. 1)。

精巣腫瘍を否定できなかったため、1991年4月5日右高位精巣摘除術を施行した。

摘出標本所見: 精巣の中心部には、黄色の膿瘍を形成し、その周辺に黄緑色の弾性硬の組織を認めた (Fig. 2)。膿瘍の細菌培養では *Streptococcus species* が検出された。

組織学的所見: 病巣中心部は壊死を伴った化膿性炎症像を示すが、周辺部には大小多発性かつ癒合性の肉芽腫が認められた。肉芽腫は中心に壊死を伴い、類上皮細胞の増殖と小円形細胞の浸潤より成り、少数のラ

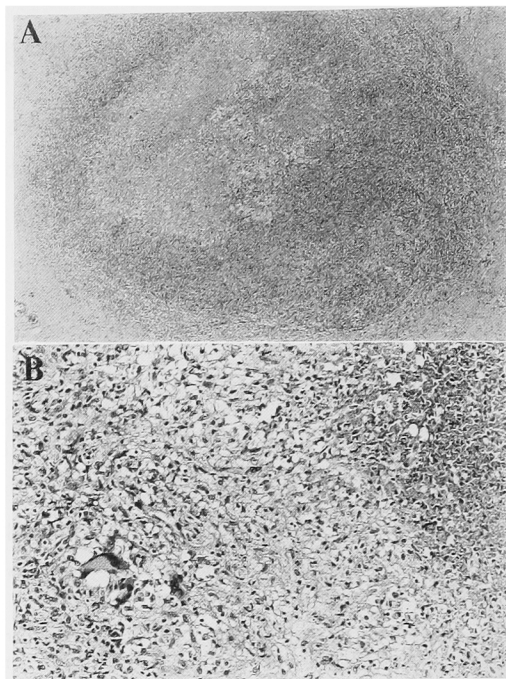


Fig. 3. A: Granulomatous tissue is seen in the testis. ($\times 25$) B: In the granulomatous tissue, epithelioid cells, fibrous tissue, lymphoid infiltration and foam cells are seen. ($\times 50$)

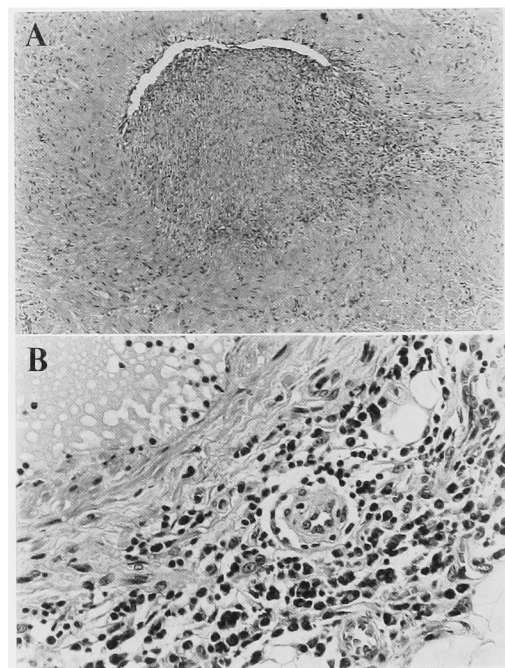


Fig. 4. A: Endoarthritis of the small vessel in the testis. ($\times 25$) B: Plasma cell infiltration was seen around the small vessel. ($\times 100$)

ングハンス巨細胞も混在していた (Fig. 3A, 3B). 乾酪壊死は見られなかった. 肉芽腫の周囲には増殖性動脈内膜炎の所見が多発し, 小血管周囲性に形質細胞浸潤も認められた (Fig. 4A, 4B).

左精巣の病変についてはミノマイシン 200 mg/day の投与で経過観察したところ, 3 カ月後の超音波検査にて2カ所の低エコー領域は消失した.

考 察

梅毒性精巣炎は駆梅療法の発達により近年はきわめて稀な症例となっており, 1965年岸本¹⁾が99例の症例を集計してからはわれわれが調べたかぎりでは本症例を含めて3例の症例報告^{2,3)}があるだけである.

臨床的には, 精巣腫瘍との鑑別が問題となる. 松本⁴⁾によれば梅毒性精巣炎は精巣腫瘍の場合と異なり, 自然治癒を認めることがあること, 駆梅療法にて治癒傾向を示すこと, 精巣水腫が合併している場合内容液が血性でないこと, ヲ氏反応が陽性であることなどで鑑別できることもある.

本症例は精巣に著しい肉芽腫性病変を認めた. 肉芽腫性精巣炎は特発性と続発性に分類され, 続発性の原因には結核性精巣炎, らい病性精巣炎, 真菌性精巣炎, 梅毒性精巣炎, サルコイドーシス, マラコプラキア, Sperm granuloma などがある⁵⁾. 適切な治療法を選択するためには原因の特定が重要であるが, これは必ずしも容易とはいえない. これらの疾患の鑑別には臨床症状, 検査所見およびさまざまな特殊染色を加えた組織所見など, 総合的な判定を必要とする.

本症例の場合にも多角的な鑑別を行った. 結核性精巣炎とらい病性精巣炎については, 乾酪壊死がなく, Ziel-Neelsen 染色や蛍光オーラミン染色でも菌は陰性であり, 培養でも認められなかったことより否定された. 真菌性精巣炎についても, PAS 染色やグロコット染色で真菌が認められなかったこと, サルコイドーシスは肺門リンパ節の腫脹, Angiotensin converting enzyme が陰性であったことから否定的であった. また, Malakoplakia や sperm granuloma の所見も認められなかった.

最終的な組織学的鑑別としては, granulomatous orchitis と syphilitic orchitis が残ったが, granulomatous orchitis は肉眼的に腫瘤を形成せず, 組織学的にも精細管単位の肉芽腫形成を示すことより, これも否定的であった. 以上の除去法による鑑別に加えて, 14年前の両鼠径部リンパ節の腫脹の既往, 血中 RPR, TPHA の高値などの臨床事項を考慮に入れると, 第2期の間質性梅毒性精巣炎と考えるのがもっと

も適当と思われた.

病理組織学的に梅毒性精巣炎は Fibrotic type と Gummatous type に分けられる⁵⁾. Fibrotic type は正常精巣の2~3倍に腫脹し, 断面は灰白色で透光性があるとされている. 光顕所見では間質に小円形細胞の浸潤, 血管内膜炎, 線維性組織の増生を認める. 炎症は精巣の hilus や septa 近傍の精巣間質より始まり, 精巣の lobules の中心に向かうとされている. これに対して Gummatous type の精巣断面は緑色あるいは黄色を呈し, これは光顕所見では広範な乾酪壊死に相当する. 壊死組織周囲にはリンパ球, 形質細胞, 少数の巨細胞が見られるという. 血管内膜炎も存在する⁵⁾.

本症例では肉芽腫も散在するが, 破壊された精細管は優位に線維性組織に置換され, 形質細胞浸潤を伴った増殖性動脈内膜炎の像も散見されることより, 梅毒性精巣炎の fibrotic type に相当するものと考えられた. 加えて, 精巣中心部に化膿性炎症を呈し, streptococcus species が培養された病巣は二次性感染と考えられた. 梅毒は自然治癒の多い疾患であり, 経過の長い場合, 組織中に Treponema pallidum が検出できないことが多いとされている⁶⁾. 本症例でも蛍光抗体法を用いた Treponema pallidum 染色と Levaditi 染色を試みたが, トレポネーマは検出できなかった.

本疾患には画像所見から左精巣にも病変を認めたが, こちらも梅毒性精巣炎と推定されたため, 組織学的検査は行ななかった. 過去にペニシリン系の薬剤で声門浮腫をきたしたことからミノマイシン 200 mg/day 内服にて経過を観察したところ, 3 カ月後の超音波検査で左精巣の病変は消失したため, 現在は投薬は行わず経過を観察している.

結 語

梅毒性と考えられた稀な肉芽腫性精巣炎の1例を報告した.

本症例の要旨は第56回日本泌尿器科学会東部総会において発表した.

文 献

- 1) 岸本 孝, 甲斐祥生: 睾丸ゴム腫の1例. 臨床皮膚泌尿 19: 681-684, 1965
- 2) 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睾丸炎の1例. 泌尿紀要 33: 1496-1499, 1987
- 3) ナシーマ・カトーン, 小武家俊博, 井内康輝: 精

- 巢腫瘍（梅毒性精巢炎）。広島医 42 : 1766, 1989
- 4) 松本信一：第六生殖器。黴毒学。松本信一編。第1版, pp. 101-103, 南江堂, 東京, 1923
- 5) Morgan AD: Inflammation and infestation of the testis and paratesticular structures. Pathology of the testis. Edited by Pugh RBC 1st ed., pp. 92-118, Blackwell Scientific Publications, London, 1976
- 6) 津上久弥：梅毒の治療。皮膚科 MOOK, STD (性行為感染症)。今村貞夫, 小川秀興, 岡本昭二編。第3版, pp. 79-89, 金原出版社, 東京, 1986

(Received on March 25, 1993)
(Accepted on May 14, 1993)