

胸腹部大動脈瘤を伴った梅毒性辜丸炎の1例

近畿大学医学部泌尿器科学教室（主任：栗田 孝教授）

大西 規夫・若林 昭・杉山 高秀

光 林 茂・栗田 孝

A CASE OF SYPHILITIC ORCHITIS WITH AORTIC ANEURYSM

Norio ONISHI, Akira WAKABAYASHI, Takahide SUGIYAMA,

Shigeru MITSUBAYASHI and Takashi KURITA

From the Department of Urology, Kinki University School of Medicine

(Director: Prof. T. Kurita)

A case of syphilitic orchitis with aortic aneurysm is presented. The patient was a 72-year-old man who was diagnosed as having aortic aneurysm of thorax and abdomen by angiography. He visited our clinic with the complaint of swelling of the scrotal contents with tenderness after aneurysmectomy. Antibiotics were not effective against the swelling or tenderness, and right orchiectomy was performed. Histological diagnosis was syphilitic orchitis and aortitis.

Key words: Syphilitic orchitis, Aortic aneurysm

緒 言

近年の抗生物質の発達や駆梅療法の普及により典型的な梅毒患者を経験することは少ない。しかしわれわれは梅毒性辜丸炎と思われる症例を経験し、今なおかかる疾患が存在することを若干の文献の考察を加えて報告する。

症 例

患者：72歳、男性

初診：1983年9月3日

主訴：右陰嚢内容の腫脹、疼痛

家族歴：特記事項なし

既往歴：30歳時、虫垂切除術、70歳頃より高血圧、狭心症

現病歴：72歳頃より仰臥位で増強する腹痛と下腹部拍動性腫瘍が出現した。血管造影により胸腹部大動脈瘤と診断され（Fig. 1, 2）、1983年8月25日当院心臓外科で人工血管置換術を施行された。その頃より右陰嚢内容の腫脹と疼痛が出現し、同年9月3日当科へ紹介された。

初診時現症：右陰嚢部は鷲卵大に腫脹、発赤し、自発痛、圧痛が著明。触診上内容物は表面凹凸不正、弾

性硬で、辜丸、副辜丸は一塊となり識別不可能であった。泌尿器科的に他の異常を認めなかった。

初診時検査所見・血圧 90/60 mmHg, 血沈 95 mm (1時間値), 血液所見：WBC 13,600/mm³, RBC 444×10⁶/mm³, 血色素 12.5 g/dl, ヘマトクリット 37.3%, 尿所見：比重 1.019, pH 6, 蛋白 (+), 糖 (-), RBC 1~2/F, WBC 18~23/F, 扁平上皮 (+), 円柱 (-), 結晶 (-), 細菌 (-), 血液化学：血液総蛋白 6.5 g/dl, GOT 24 U/l, GPT 16 U/l, LDH 247 U/l, 尿素窒素 84 mg/dl, Cr 3.2 mg/dl, Na 134 mEq/l, K 4.5 mEq/l, Cl 96 mEq/l, Ca 9.3 mg/dl, P 4.3 mg/dl, Ccr 15.1 ml/min, CRP (6+), 梅毒定量反応：RPR 1:4, TPHA 1:320.

IVP：高度の腎機能低下を示す以外特に上部尿路に形態的異常を認めなかった（Fig. 3）。

経過：以上の所見より非特異的右副辜丸炎を疑い化学療法を施行した。しかし化学療法にほとんど反応せず自潰傾向を認めた。臨床症状および梅毒定量反応陽性所見などから梅毒性辜丸炎の可能性も考慮して9月28日右除辜術を施行した。

手術所見：右陰嚢部は発赤が著明で、直径約2cmの自潰部を認めた。陰嚢内容を創外へ脱転しようとするも、辜丸・副辜丸は一塊となり皮膚と高度に癒着し

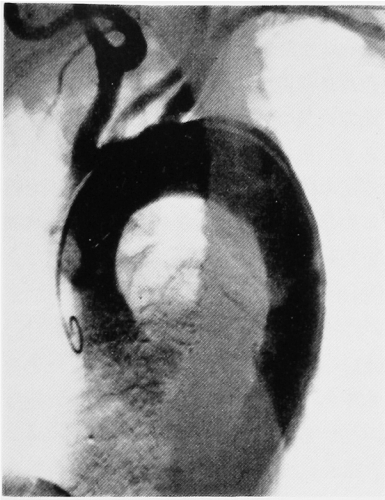


Fig. 1. 鎖骨下動脈分枝後約 4 cm の範囲にわたって左前壁方向へ囊状に拡張した動脈瘤を認める.

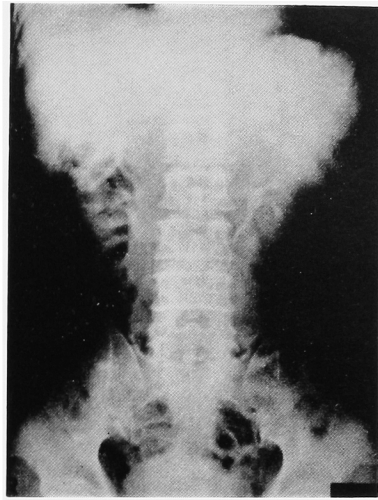


Fig. 3. IVP. 高度の腎機能低下を示すが、形態的には異常を認めない.

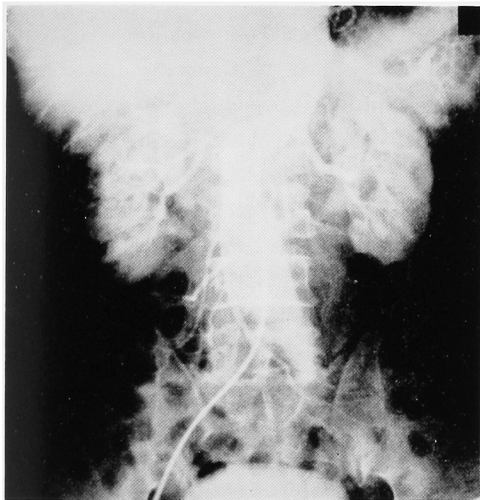


Fig. 2. 腎動脈分枝後内腸骨動脈分岐部まで右方への著明な屈曲と紡錘状の拡張を認める. 左側壁は血栓による内腔の狭小化を認める.



Fig. 4. 摘出した右陰囊内容. 睾丸, 副睾丸は一塊となり, 識別不可能である.

ていたため, 右陰囊内容を皮膚の一部とともに摘出した. 摘出標本でも睾丸・副睾丸は一塊となっているため識別は不可能で, 多量の膿の貯留を認めた (Fig. 4).

病理所見: 睾丸の組織像では血管が増生し精細管は高度に萎縮・消失しており, 精細管壁および間質にリンパ球・形質細胞を主とする細胞浸潤がみられる. 副睾丸の変化は比較的軽度であった. 梅毒性慢性間質炎と非特異的睾丸炎の合併した状態と考えられたが, 典型的睾丸ゴム腫像は呈さなかった (Fig. 5).

また, 大動脈瘤壁の中膜に肉芽ないし瘢痕の形成がみられ, 弾性線維が断裂・消失しており, 梅毒性大動



Fig. 5. 精細管は高度に萎縮し, 管腔および間質にリンパ球, 形質細胞を主とする細胞浸潤がみられる.

脈中膜炎の像を呈していた (Fig. 6).

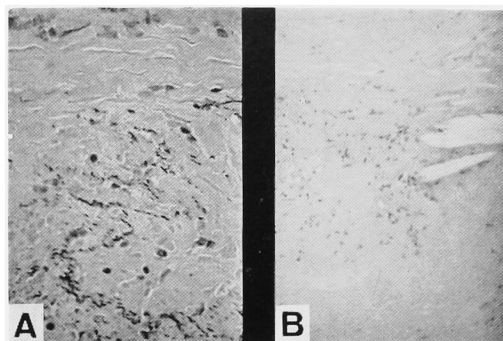


Fig. 6. 大動脈瘤組織像. A: HE 染色. 動脈硬化がみられ, コレステロールの針状結晶を認める. B: エラスティカ, ワンギーソン染色. 中膜に肉芽ないし癒痕の形成, 弾性線維の断裂, 消失を認める.

考 察

梅毒は病原微生物 *Treponema pallidum* (以下 TP) の感染により発病する疾患であり, 通常性行為により人から人に感染する. 梅毒は生後の感染による後天梅毒と胎児の母体内での感染による先天梅毒に分けられる. また, 梅毒性変化を認める顕性梅毒と臨床症状に発疹などを認めない潜伏梅毒とに分けられる.

ペニシリンの登場や他の感染症のため使用された抗生物質により TP にも影響を与え, また駆梅毒法の普及, 売春防止法などの影響もあって梅毒そのものの病型も複雑に変化し, 1955年以降は激減の状態で現在では典型的顕性梅毒は稀有の疾患となっている. 顕性梅毒の減少により相対的に潜伏梅毒が増加し, 樋口 (1962)¹⁾ によると顕性梅毒の梅毒総数に対して占める割合は1932~1933年頃では58~75%であったが, その後減少し1941年には10%となった. 梅毒全体の増加をみた1947年頃は34~39%を占めたが, 24年以降は再び減少し, 1953年には6.2%, 現在では梅毒の約95%は潜伏梅毒であるといわれている.

典型的な未治療後天梅毒の臨床経過は Philip-Ricord (1800~1899) により3期に分類されている. 梅毒第3期は TP 感染後2~5年で皮膚のみでなく内臓も冒され晩期梅毒とも呼ばれる. 第3期梅毒疹は無痛性, 非対称性, 限局性の皮疹で, 顔面と四肢に多く, 退行変性し新生細胞に吸収されるか, 化膿自潰し癒痕を残して治癒する. 病巣部に TP を証明されることは少なく伝染の危険も少ない. 約25%の患者の内臓諸臓器に梅毒性変化を生じ, 梅毒性大動脈炎や大動脈瘤, 進行性麻痺, 脊髄癆などがみられる.

睪丸に梅毒性変化を生ずることは Ricord によって指摘されて以来数多く報告されている. 本邦では

1906年の伊藤²⁾ の報告にはじまり, 大野 (1964)³⁾ によると1945年までに68例, 1946年より29年の間に22例を数えたが, 前述のごとく1955年以降報告は少ない.

梅毒性睪丸炎の症状として主要なものは慢性無痛性腫脹であり, その他軽度疼痛, 歩行困難, 夜間疼痛などである. 本症例の主訴は右陰囊部の腫脹と疼痛であった. この疼痛は合併した非特異的感染症による炎症のためと思われる.

罹患側に関しては高安ら (1959)⁴⁾ によると, Reclus (1881, 1885) が45例中25例が両側性, Marcel (1927) が31例中17例が単側であったと報告しており, 木下ら (1944)⁵⁾ によると44.6%が右側であったと述べている. 本症例は右側のみであった. Finge (1916), Jadassohn ら (1930) によると腫脹は鶏卵大および鵝卵大が全例の68.6%を占めると報告している⁶⁾ が, 本症例の腫脹も鵝卵大にまで及んだ.

病理組織学的には梅毒性睪丸炎は Herman (1945) により, ① Orchitis fibrosa syphilitica, ② Active gummatous orchitis, ③ Generalized sclerogummatous orchitis, ④ Syphilitic epididymo-orchitis に分類されている⁷⁾. 本邦ではゴム腫性睪丸炎と間質性梅毒性睪丸炎およびこれらの混合型に分けるのが常で, 岸本ら⁸⁾ によると81.8%がゴム腫性睪丸炎で, 間質性梅毒性睪丸炎は11%のみで, 7.2%を混合型が占める. 本症例は形質細胞の浸潤はみられるがゴム腫性睪丸炎に特徴的なリンパ球, プラズマ細胞, 組織球, 線維芽細胞, ラングハウス巨細胞などからなる肉芽腫はみられず, 壊死, 乾酪変性も著明でなく間質性梅毒性睪丸炎に属するものと思われる. 間質性梅毒性睪丸炎はプラズマ細胞, リンパ球の浸潤をとまなう血管の増殖と間質に慢性線維組織の増殖がみられ, 精細管基底膜は肥厚し, 進行とともに造精機能が失われ, 線維性, 硝子様変化を起こす.

また高安ら⁴⁾ によれば約30%に orchio-epididymitis として副睪丸にも梅毒性変化がみられるが, 本症例は病理組織学的に副睪丸には梅毒性変化を認めなかった. その他, 症候性水腫をとまなうものが22.6%, 潰瘍20.2%, 瘻孔を伴うもの13.1%, 皮膚と癒着のあるものが11.9%あると報告されているが, 本症例は高度に癒着を認めたが, 水腫などは認めなかった.

また TP は循環器系のいずれの部位にも病変を生じ, 特に大動脈の中膜と外膜を侵し, その結果大動脈瘤を生じる. 大動脈瘤は当初は無症状であるが, 進行すると周囲臓器を圧迫し, それによる症状が出現する. 胸部症状として胸骨上部の疼痛が最も多く, 破裂によりショック症状を呈し, 梅毒による死亡原因の約

50%を占め、予後不良である。

組織学的には内膜の肥厚による動脈硬化、中膜へのリンパ球、形質細胞浸潤、中膜栄養血管周囲の強い瘢痕化により弾力線維は消失し、内腔が拡大し動脈瘤を形成する。

晩期潜伏梅毒に対する治療も一般の駆梅療法に準ずるが、梅毒としてかなり進行したものであり、破壊作用が強く治療開始が遅れると抗療梅毒になりやすい。そのため充分な駆梅療法を行なっても梅毒血清反応の陰性化に長時間を要し、あるいは陰性化できない場合もあり、その予後はあまり良好とはいえない。また、視覚系、聴覚系、心・血管系、神経系など全身的な検査および駆梅療法後も充分な経過観察が必要である。

本症例は大動脈瘤に対する人工血管置換術後の非特異的感染により増悪した睾丸炎と思われ、摘出標本により睾丸と大動脈に梅毒性変化を認めた1例である。

梅毒が稀有の疾患となり、抗生物質が乱用されてい

る昨今、化膿、自潰したり、瘢痕を形成したりする場合には梅毒性睾丸炎の可能性も考慮すべきであろう。

文 献

- 1) 樋口謙太郎：老人の梅毒について。老人病 **6**：508～516, 1962
- 2) 伊藤隼三・澤村榮美：京都医科大学外科臨床講義，慢性癒癒性特異的睾丸乃至副睾丸疾患ノ二例。東京医事新誌第1477号：1～3, 1906
- 3) 大野弘之・睾丸ゴム腫の1例一附，性病の統計的観察。臨床皮膚泌尿器科 **18**：517～520, 1964
- 4) 高安久雄・三浦崙也：ゴム腫性睾丸炎。性病 **44**：1～5, 1959
- 5) 木下正文・石井満夫：本邦文献による睾丸梅毒の統計的観察。体性 **31**：98～104, 1944
- 6) 岸本 孝・甲斐祥生 睾丸ゴム腫の1例。臨床皮膚泌尿器科 **19**：681～684, 1965

(1986年8月25日受付)