

同側の腎發育不全および尿管精囊腺開口を 伴った精囊腺嚢胞の1例

和歌山県立医科大学泌尿器科学教室（主任：大川順正教授）

平野 敦之・小川 隆敏
上門 康成・宮崎 善久
南方 茂樹・大川 順正

A CASE OF SEMINAL VESICLE CYST ASSOCIATED WITH IPSILATERAL RENAL DYSPLASIA AND ECTOPIC URETER OPENING INTO SEMINAL VESICLE

Atsuyuki HIRANO, Takatoshi OGAWA, Yasunari UEKADO,
Yoshihisa MIYAZAKI, Shigeki MINAKATA
and Tadashi OHKAWA

*From the Department of Urology, Wakayama Medical College
(Director: Prof. T. Ohkawa)*

A case of seminal vesicle cyst associated with ipsilateral renal dysplasia and ectopic ureter opening into seminal vesicle was experienced recently in our clinic. The case was a 14-year-old boy with the chief complaint of macrohematuria. Left kidney was not visualized in the excretory urogram and no evidence of left renal artery was seen in the abdominal aortogram. On cystoscopy the left ureteral orifice as well as the left half side of the trigone were not detected and this region appeared elevated, suggesting an extrinsic mass displacing the posterior bladder wall. The right ureteral orifice was normal. CT-scan and echogram showed the mass in the retrovesical region. The seminal vesiculogram demonstrated a seminal vesicle cyst and reflux up the left dilated ureter. After left nephroureterovesiculectomy was performed, renal dysplasia and a seminal vesicle cyst were histopathologically confirmed.

The definitions in the literature for seminal vesicle cyst with maldeveloped kidney and ectopic ureter opening into the seminal vesicle with maldeveloped kidney are somewhat confusing, and they should be standardized for proper diagnosis and treatment of such cases.

Key words: Seminal vesicle cyst, Maldeveloped kidney, Ectopic ureter opening

緒 言 症 例

精囊腺嚢胞は比較的まれな疾患であるが、その診断基準には、これまでに少なからず混乱がみられるため再検討を要するものと思われる。

最近、著者は血尿を主訴とした、同側の發育不全腎および尿管精囊腺開口をともなった精囊腺嚢胞の1例を経験したので、その詳細を報告するとともに、本疾患の診断に関して若干の文献的考察を試みた。

患者：14歳，男子
初診：1982年6月17日
主訴：肉眼的血尿
家族歴：母親，29歳の時に子宮頸癌により手術施行
既往歴：5歳時に桃白色，粘稠な尿の排出があり，近医で蛋白尿を指摘され，連鎖球菌感染症との診断に

より当院小児科へ入院したことがある。また、1980年に排尿終末時に精液様のものの排出があったが、その後は見られていない。

現病歴：1982年1月22日および3月5日にそれぞれ39℃を越える発熱があったが、近医で抗生剤の投与をうけすぐに解熱している。この時、感冒様症状は認められていない。1982年4月頃より、起床時に全身倦怠感強く、顔面浮腫も認められるようになった。5月11日夜、肉眼的血尿をみたため、翌12日、近医より当院内科を紹介され、腎炎の疑いで入院となった。入院後精査中、尿路X線検査にて、左腎の造影が認められなかったため、6月18日、当科を紹介された。

現病：身長は173 cm、体重57.5 kg。栄養良好で、貧血はみられない。胸腹部ともに異常なし。外生殖器に異常なく、前立腺の触診上異常はみられない。

検査成績：尿所見；黄色透明、蛋白(－)、糖(－)、潜血(－)。沈渣；RBC 各視野に数個、WBC(－)、細菌塗抹(－)。尿細菌培養：陰性。血液一般；RBC $470 \times 10^4/\text{mm}^3$ 、WBC $6400/\text{mm}^3$ 、Hb. 14.8 g/dl、Ht. 44.4%、Platelet $22.4 \times 10^4/\text{mm}^3$ 、血液化学；Total protein 6.9 g/dl、Albumin 4.0 g/dl、BUN 11 mg/dl、Creatinine 0.8 mg/dl、Uric acid 4.4 mg/dl、Na 142 mEq/l、K 4.1 mEq/l、Cl 106 mEq/l、Ca 5.1 mEq/l、GOT 17 mU、GPT 17 mU、ALP 26 mU、LDH 218 mU、Total bilirubin 1.0 mg/dl。PSP；15' 43.9%、120' 89%。心電図、肺

機能検査に異常はなかった。染色体；46, XY。

膀胱鏡検査：膀胱粘膜は正常。右尿管口は正常位置に開口するが、左尿管口は認められず、膀胱三角部は左側が欠損していた。また、左尿管口部より膀胱頸部にかけて、表面平滑な半球状の隆起が認められた。

超音波検査：右腰部に正常腎エコー像の描出をみたが、左側には腎は描出されえなかった。また、膀胱後壁正中部を後方より圧排する径約3 cmの嚢胞状陰影の描出がみられた (Fig. 1)。

X線検査：胸部平面撮影；異常なし。腎膀胱部単純撮影；結石陰影なく、腎陰影を右側のみに認め、左側はあきらかでない。排泄性尿路X線像；右腎には軽度の代償性肥大がみられ、その機能および形態は正常。左腎ではまったく造影がみられなかった (Fig. 2)。CTscan；腰部に左腎は描出されず、下腹部では膀胱後壁を左後方より圧排するmassが描出された (Fig. 3)。大動脈造影；右腎動脈は正常に造影されるが、左腎動脈は認められない (Fig. 4)。骨盤動脈撮影には異常所見はみられない。精囊腺造影；右精囊腺には軽度の拡張があり、左精囊腺は嚢胞状に大きく拡張し、これに続いて第4腰椎の高さに終わる拡張した尿管が描出された (Fig. 5)。

以上の所見より、左発育不全腎および左尿管精囊腺開口を合併した精囊腺嚢胞との臨床診断を下し、1982年7月21日、全身麻酔下に手術が施行された。

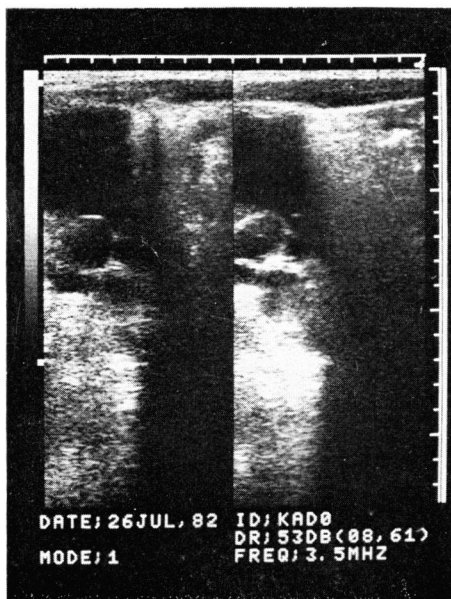


Fig. 1. Echogram showing the cystic shadow at the midposterior bladder wall



Fig. 2. Excretory urogram showing hypertrophy of the right kidney and no excretion of contrast medium of the left kidney

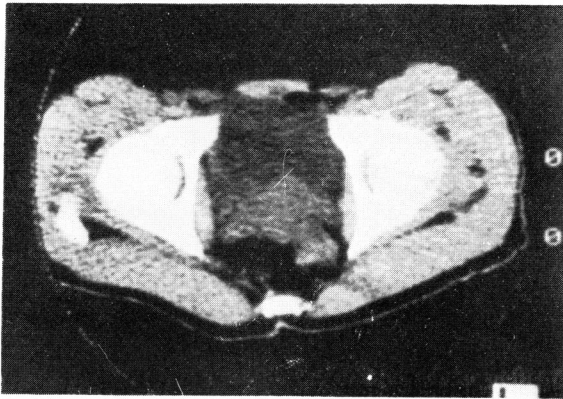


Fig. 3. CT scan showing the mass pressing the posterior bladder wall from left-posterior direction

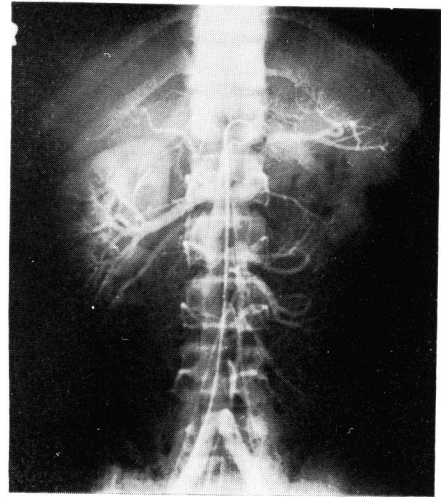


Fig. 4. Abdominal aortogram shows no evidence of left renal artery

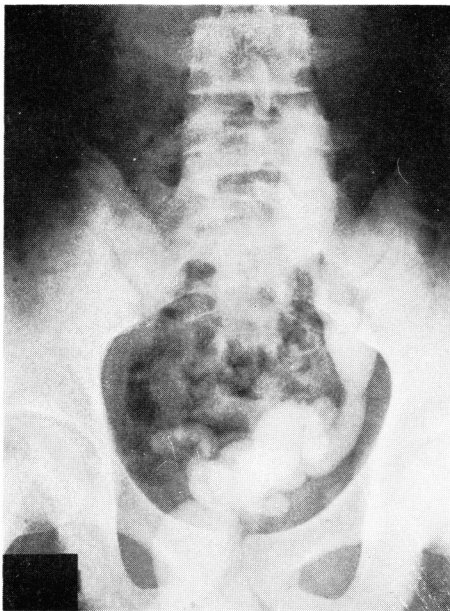


Fig. 5. Seminal vesiculogram showing the cystic dilatation of left seminal vesicle and reflux up the left dilated ureter to the 4th lumbar vertebra

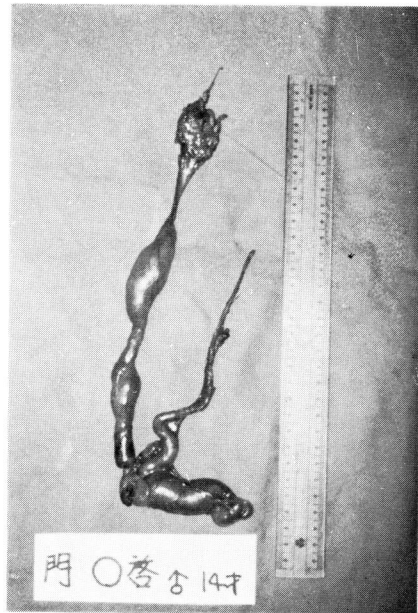


Fig. 6. Surgical specimen showing the seminal vesicle cyst and the maldeveloped kidney connected with dilated ureter opening into the normal region of the seminal vesicle

手術所見：左 Gibson 切開で腸骨窩に達し、ほぼ正常位置に拡張した左尿管を発見し、これを牽引しながら下方へ剥離をすすめると、嚢胞状に拡張した精囊腺を認め、尿管はその末端の肉眼的に正常の部分に開口していた。また嚢胞の一部は膀胱壁を圧迫し、これを菲薄化していたため、この部で嚢胞壁が損傷され内容液の漏出をみたが、精囊腺全体を十分に剥離し、そ

の下端部で切断した。拡張した尿管は第4腰椎の高さで盲管に終わり、それより先には索状のものが繋がり、さらにその上方に腎と思われる軟かい組織を認めた。そこでこれらを剥離後、精囊腺、左尿管および腎を一塊として摘出した。

摘出標本：发育不全腎および索状物に繋がる拡張し

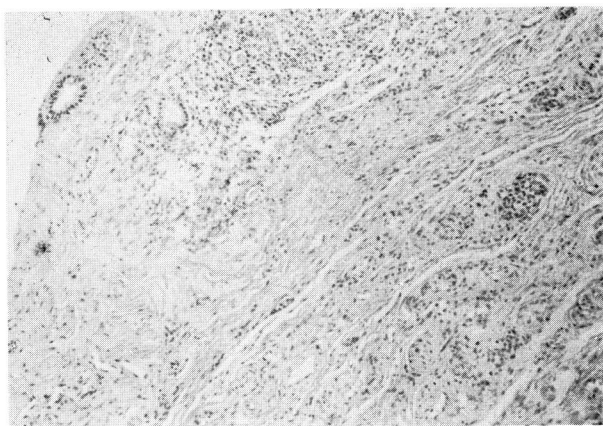


Fig. 7. Histological examination of the left kidney showing a few primitive ducts surrounded by fibrous tissue with abundant blood vessels

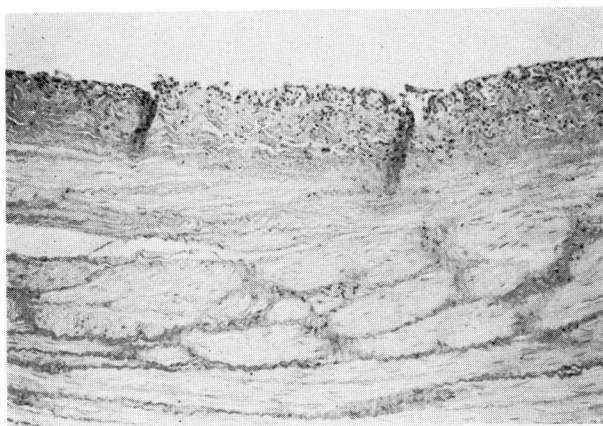


Fig. 8. Histological examination of the lower segment of ureter showing normal findings

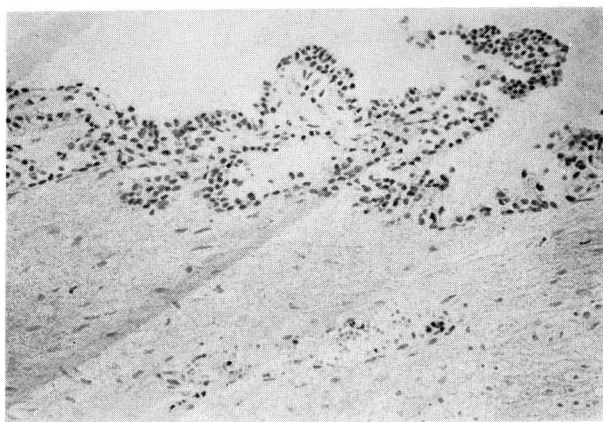


Fig. 9. Histological examination of cyst wall showing the epithelium lined by cuboidal and columnar cells and well-developed smooth muscle

た尿管は、ほぼ正常の形態を呈する精囊腺部に開口し、開口部よりやや離れた部位に精囊腺の嚢腫様拡張が認められた (Fig. 6).

組織学的所見：腎は血管に富む結合織で、ところどころに primitive duct をもった構造が認められ、renal dysplasia と診断された (Fig. 7).

尿管は病理組織学的に正常所見を示し (Fig. 8)、嚢胞壁の上皮は立方状から円柱状で、その下層によく発達した平滑筋組織をもち、精囊腺の一部であることが確認された (Fig. 9).

術後経過：患者は創部の感染により、術後一時的な発熱をみたが、化学療法で軽快し、術後31日目に退院した。

考 察

1 分類および発生原因

男子骨盤腔内の深部において精囊腺部から膀胱後部にかけて発生する嚢腫様疾患については、古く1872年に Smith¹⁾による Hydrocele of the seminal vesicle としての報告があり、ついで、1875年 Englich²⁾は、1) 精管に沿って膀胱後壁の側方に存在する Wolffian duct remnant, 2) 膀胱後壁正中線上に存在する Müllerian duct remnant, 3) 精阜開口部の閉塞による sinus pocularis cyst および 4) 精囊腺憩室口の炎症性閉塞による seminal vesicle cyst の4種類に分類しているが、これらの各種嚢胞はそれぞれきわめて近接した位置に存在し、臨床症状も類似するため、臨床所見のみでそれぞれを鑑別することは困難な場合が多い。Heetderks Jr and Delambre³⁾は本症の診断に関して、臨床所見およびX線所見のみでは正確な診断を下しうることができず、解剖学的確認が外科的におこなわれ、さらに嚢胞壁が組織学的に精囊腺の一部であることが確認されなければならないと主張している。しかし、従来の報告例の中には、このような明確な解剖学的および組織学的検討がなされないままに精囊腺嚢胞の診断がなされている症例も散見され、その診断面についていささか問題が残るところである。松岡ら⁴⁾は、諸家の報告をまとめて本症に対する名称を整理し、あわせて男子骨盤内の嚢胞状変化を示すものを精管、胎生期遺残物、精囊腺、尿管あるいは寄生虫性嚢胞などにそれぞれ分類し、さらに、これに Ashley and Mostofi (1960)⁵⁾などの上部尿路の形成異常と組み合わせて報告している。

精囊腺嚢胞にはしばしば腎尿管異常をともなっているが、これらの発生原因は精囊腺と尿管の発生学的類似性に起因するものと考えられる。すなわち、尿管は

胎生5～6週に mesonephric duct の下端背側部に ureteric bud として発生し、この ureteric bud がしだいに上外方に移行し膀胱三角部に取り入れられ、いっぽう、精囊腺は胎生13週頃に mesonephric duct より分化した Wolffian duct が下方に移行して作られるのである。したがって ureteric bud 自体の発生あるいは、Wolffian duct より分離移行する際になんかの異常が生じた場合、前者の場合には尿管の無発生もしくは形成不全が生じ、後者の場合、尿管異所開口となるものと考えられる。さらに、このような尿管の発生異常の結果、上方で接する予定であった後腎性組織の退化を引き起し、腎の発生異常が生じ、また同時に下方の Wolffian duct の分化にも異常をきたし精子の排泄管の一部に狭窄もしくは閉塞が起った場合に精囊腺嚢胞が生ずるものと考えられる。このように考えると、精囊腺嚢胞と腎尿管発生異常は別個のものではなく、先天異常という一元的な原因で捉えることができると思われる。

2 欧米報告例についての検討

精囊腺嚢胞と腎尿管発生異常を合併した欧米の報告例は、1914年の Zinner⁶⁾の症例以来、著者の調べた限りでは34例の報告がある^{3, 6-30)} (Table 1)。しかしこれらの中にも、その診断について、解剖学的あるいは組織学的確認がなされていない症例がいくらか含まれているようである。

a) 年齢：10歳代が5例、20歳代が17例および30歳代が6例で、これらの年代で全体の82.4%を占めており、本症が性的成熟期にその症状を呈してくることを示しているようである (Table 2)。

b) 患側：精囊腺嚢胞の存在部位をみると、右側19例 (55.9%)、左側14例 (41.2%) および両側1例 (腎の発生異常は左側) で、左右差はない (Table 3)。

c) 主訴：複数の主訴をもつものが多いが、排尿困難 (14例)、頻尿 (9例) および射精痛 (6例) などが比較的多くみられる症状である。他方、無症状で定期検診などの直腸診で偶然みつかった例も7例と多いが、全般的にみた場合、精囊腺嚢胞による圧迫に起因すると考えられる症状が、その大部分を占めるようである (Table 4)。

b) 腎奇形：agenesis 29例、aplasia 1例、dysgenesis 2例、dysplasia 1例および不明1例であるが、解剖学的および組織学的検索がおこなわれず、X線学的に診断された症例も含まれているため、この点にはいささか問題があるように思われる (Table 5)。

c) 尿管奇形：尿管に関して記載のあるものは34例中20例で、このうち agenesis (absence) 5例、

Table 1

Author	Age	Side	Chief complaint	Renal anomaly	Ureteral anomaly	Treatment
1.Zinner	18	l	miction pain	l-agenesis		incision of cyst
2.Hart	24	l	urgency, dysuria frequency	l-agenesis		rupture of cyst (intravesical)
3.Dickinson	29	r	hematuria	r-agenesis	r-ectopic ureter opening into s.v.	r-ureterovesiculectomy
4.Kimchi & Wiesenfeld	27	r	frequency dysuria	r-agenesis	r-incomplete ureter (lower segment)	puncture of cyst (cystoscopically) r-ureterectomy
5.Heetderks, Jr & Delambre	23	l	urgency frequency dysuria	l-agenesis	l-absence	l-vesiculectomy
6.Hart	28	r	asymptomatic	r-agenesis	r-ectopic ureter opening into s.v.	puncture of cyst
7.Harbitz & Liavag	21	l	dysuria swelling in left half of the scrotum	l-agenesis	l-ectopic ureter opening into s.v.	l-nephrouretero- vesiculectomy
8.Davidson & Beard	22	r	asymptomatic	r-agenesis		r-vesiculectomy
9.Greenbaum & Pearman	31	r	rectal pain upon ejaculation and following intercourse	r-agenesis		rupture of cyst
10.Reddy & Winter	28	r	lower abdominal pain pain in right half of scrotum and peri- neum urgency	r-agenesis	r-agenesis	resection of cyst
11.Donohue & Glenslade	41	r	dysuria hematuria	r-agenesis		removal of cyst

12.Furtado	31	r	right testicular pain on ejaculation	r-agenesis		puncture of cyst r-vesiculectomy
13.Furtado	29	r	infertility dysuria miction pain	r-agenesis		refuse
14.Furtado	41	bil	dysuria frequency burning micturition fever & chill	l-agenesis	l-absence	bil-vesiculectomy
15.Meiraz et al.	40	l	dysuria frequency ejaculatory pain	l-agenesis		removal of cyst
16.Meiraz et al.	36	r	dysuria anal pain on ejacu- lation	r-agenesis	r-ectopic ureter opening into s.v.	r-ureterovesiculectomy
17.Beeby	22	l	lower abdominal and perineal pain follow- intercourse	l-agenesis		puncture of cyst
18.Korobkin & Cooperman	27	l	asymptomatic	l-agenesis		
19.Levisay et al.	21	l	discomfort during urination painful swelling of left scrotum	l-agenesis	l-ectopic ureter opening into s.v.	l-ureterovesiculectomy
20.Mellin et al.	24	l	suprapubic and left flank pain dysuria	l-aplasia	l-ectopic ureter opening into s.v.	l-nephroureterectomy
21.Fuselier & Peters	24	r	asymptomatic (l-epididymitis and urethritis)	r-agenesis	r-ectopic ureter opening into s.v.	r-ureterovesiculectomy

Author	Age	Side	Chief complaint	Renal anomaly	Ureteral anomaly	Treatment
22.Kesavan et al.	?	r		r-dysplasia	r-ectopic ureter opening into s.v.	excision of cyst and ligation of proximal ureter
23.Rajfer et al.	35	l	fever rectal pain	l-agenesis	l-absence	removal of cyst
24.Kramcheti & Berg	23	r	perineal pain dysuria frequency diarrhea	r-agenesis		puncture of cyst removal of cyst
25.Knudsen et al.	38	l	frequency miction pain	l-agenesis	l-absence	removal of cyst
26.Øgreid & Hatteland	57	r	pain in the lower dorsal, hip, right groin, scrotum and rectum	r-agenesis		removal of cyst
27.Øgreid & Hatteland	22	r	dysuria frequency dyspareunia anal pain	r-agenesis		removal of cyst
28.Øgreid & Hatteland	26	r	slight symptom of urethritis hemospermia	r-agenesis	r-ectopic ureter opening into s.v.	removal of cyst
29.Øgreid & Hatteland	56	r	hematuria	r-agenesis		removal of cyst
30.Scully et al.	36	l	dysuria frequency	l-agenesis	l-dysplasia	l-vesiculectomy (+partial cystectomy)
31.Das & Amar	18	r	dysuria urgency ejaculatory pain	r-dysgenesis	r-ectopic ureter opening into s.v.	r-ureterovesiculectomy

32.Das & Amar	16	r	asymptomatic	r-agenesis	r-ectopic ureter opening into s.v.	r-ureterovesiculectomy
33.Das & Amar	15	l	asymptomatic	l-dysgenesis	l-ectopic ureter opening into s.v.	l-nephrouretero-vesiculectomy
34.Das & Amar	16	l	asymptomatic		l-ectopic ureter opening into s.v.	refuse

s.v. : seminal vesicle

Table 2. Age distribution

10 ~ 19	5
20 ~ 29	17
30 ~ 39	6
40 ~ 49	3
50 ~ 59	2
unknown	1
total	34

Table 3. Affected side

right	19
left	14
both	1
total	34

Table 4. Chief complaints

dysuria	14
frequency	9
asymptomatic	7
ejaculatory pain	6
miction pain	4
urgency	4
scrotal swelling and/or pain	4
hematuria	3
rectal pain	2
perineal pain	2
lower abdominal pain	2
fever, chill	2

Table 5. Renal anomaly

agenesis	29
aplasia	1
dysgenesis	2
dysplasia	1
unknown	1
total	34

Table 6. Ureteral anomaly

agenesis (absence)	5
dysplasia (incomplete)	2
ectopic ureter opening into seminal vesicle	13
unknown	14
total	34

dysplasia (incomplete ureter) 2例および尿管精囊腺開口が13例であった (Table 6).

f) 診断: 本症の診断には、直腸診による mass の触知、膀胱鏡検査による壁の膨隆や尿管口および三角部欠損の所見ならびに膀胱造影による膀胱の圧排および変形像などが参考になり、他方、腎欠損などの合併奇形の診断には、排泄性尿路X線撮影の所見が重要である。また最近では、echogram や CTscan などの検査も精囊腺嚢胞および合併奇形の診断に際し、その診断価値は非常に高いものである。しかし最終的な臨床診断を下すためには、精囊腺造影による嚢胞の造影が必要であり、これを確定するためには、先に述べたように手術ならびに病理組織学的検索が必要となる。

g) 治療: Table 7 のごとく、単に吸引するのみの治療から、経尿道的に膨隆部を切除して排液する方法、精囊腺やそれにとりもなう嚢胞摘除および合併奇形

の摘除をおこなっている症例などが報告されているが、単に吸引するのみでは再発する症例もあり、根治治療としては外科的摘除が必要であろう。精囊腺摘除の手術方法としては、suprapubic と perineal の2つの到達法が考えられるが、本症の発生が性的活動期にある年齢層に多いことから、perineal approachはむしろ避けた方がよいと思われる。また合併奇形の切除もおこなう場合には、さらに上方までの視野の得られる Gibson 切開による approach が適当と思われる。

3 本邦報告例の検討

本邦における精囊腺嚢胞、尿管発生異常の合併をみた報告は、中尾以来、自験例を含めて6例^{4,31-34)}があるが、尿管精囊腺開口が確認された症例は自験例のみである (Table 8)。他方、尿管精囊腺開口として報告されている症例の中には、同側腎の発生異常を合併した症例は18例の報告があり³⁵⁻⁵⁰⁾、このうち精囊腺の嚢腫様拡張を示すものが8例で、残る10例にはあきらかな記載がないようである (Table 9)。これらの症例の中には尿管開口部における末端部が拡張するものも含まれるために診断に混乱が生じ、下江⁵¹⁾や加藤ら⁵²⁾のように、欧米の報告とは異なり、尿管精囊腺開口をとらなわなない症例のみを精囊腺嚢胞と定義するとの主張すらあらわれているようである。精囊腺嚢胞として報告されている症例と尿管精囊腺開口として報告されている症例の愁訴を比較すると、これらには共通性が認められ、精囊腺嚢胞あるいはその付近に存在する他の mass に起因すると考えられる症状が大部分であり、少なくともその治療に関しては、嚢胞に対しておこなわなければ臨床的意義は少なく、したがって、尿管異所開口例においても、診断に際し精囊腺部の異常の有無に主眼を置き、以後の治療方針を立てていくことが重要と考える。以上の見地より、著者の経験した症例は尿管下端部から精囊腺開口部を詳細に検討した結果、拡張尿管があきらかに正常と思われる精囊腺部に

Table 7. Treatment

resection of cyst	11
ureterovesiculectomy	6
puncture of cyst	5 (3)
vesiculectomy	4
nephroureterovesiculectomy	2
rupture	2
refuse	2
incision of cyst	1
nephroureterectomy	1
ureterectomy	1
pre-treatment	1
unknown	1
total	37 (3)

*(): recurrent cases

Table 8. Japanese cases of seminal vesicle cyst with ipsilateral maldeveloped kidney

報告者	年齢	患側	主 訴	腎 奇 形	尿管奇形	治 療
1. 中 尾	25	左	血精液・右腎部不快感	左腎欠損	左尿管欠損	な し
2. 宗・野波	27	右	早朝時尿道分泌	右腎欠損		摘 除 不 能
3. 岸本・松本	29	左	血精液	左腎欠損		左精囊腺摘除
4. 横山・ほか	3y2M	右	尿 閉	右腎欠損		嚢 腫 摘 除
5. 松岡・ほか	30	右	残尿感	右腎欠損		嚢 胞 摘 除
6. 自験例	14	左	血 尿	左腎異形成	左尿管 精囊腺開口	左尿管 精囊腺摘除

Table 9. Japanese cases of ectopic ureter opening into seminal vesicle with ipsilateral maldeveloped kidney

報 告 者	年 齢	患 側	主 訴	腎 尿 管 異 常	治 療	精囊腺の嚢腫 様拡張の有無
1. 飯田	26	左	排尿痛, 尿混濁 左陰囊内容腫脹 左下腹部痛	左腎無発生	精囊腺嚢腫切開	+
2. 高井・ほか	32	右	右陰囊内容腫脹 下腹部痛	右腎無形成	右腎尿管精囊腺摘出	?
3. 中野・武井	35	右	尿中精子混入, 腰痛 下腹部下快感	右腎無発生	右尿管精囊腺摘出	?
4. 後藤・ほか	29	右	尿意頻数, 排尿痛 睾丸部疼痛, 不妊	右發育不全腎	右尿管精囊腺摘出	+
5. 平岡・ほか	30	左	膀胱炎症状	左腎無形成	左腎尿管摘出	?
6. 酒徳・川村	37	左	蛋白尿, 発熱 右季肋部鈍痛	左腎無形成	左腎尿管摘出	+
7. 徳原・ほか	29	左	排尿痛, 残尿感 不妊	右腎無形成 (交叉性腎偏位)	左腎尿管精囊腺摘出	+
8. 多田・ほか	22	左	蛋白尿, 高血圧	左腎無発生	左腎尿管精囊腺摘出	?
9. 菅原・ほか	21	左	会陰部痛	左腎無形成	左腎尿管精囊腺摘出	+
10. 片山	24	左	排尿痛, 射精痛	左腎無形成	左腎尿管精囊腺摘出	+
11. 小川・ほか	36	右	血尿, 右腹部腫痛	右完全重複腎盂尿管 右發育不全腎	右半腎摘出	?
12. 小川・ほか	3	左	発熱, 陰囊部瘻孔	左腎無形成 右水腎症	?	?
13. 長沼・陣内	53	左	左腰部痛	左腎無形成	左腎尿管摘出	+
14. 河島・ほか	20	左	倭小陰茎		左腎尿管精囊腺摘出 予定	?
15. 河島・ほか	50	右	血精液, 蛋白尿	5年前腎結核の疑い で右腎摘	おこなわず	+
16. 藤永・ほか	18	右	右腎部痛	右腎無形成	右腎尿管摘出	?
17. 山際・ほか	55	左	尿道及び会陰部痛	左腎形成不全	?	?
18. 牛山・ほか	40	右	会陰部痛	左腎形成不全	左腎尿管精囊腺摘出	?

開口し、精囊腺嚢胞はこれとはあきらかに別の部分に存在し、かつ病理組織学的には嚢胞部はあきらかに精囊腺の所見を示していたことから、尿管精囊腺開口に合併した精囊腺嚢胞と診断したしだいである。

結 語

1 血尿を主訴とした同側の腎發育不全および尿管精囊腺開口をともなった精囊腺嚢胞の1例を経験した。

2 同側腎の發育不全をともなった精囊腺嚢胞の報告は欧米では34例および本邦では自験例を含め6例があるが、このうち尿管精囊腺開口が確認されている症例は、欧米では13例および本邦では自験例のみであった。

3 本邦における同側腎の發育不全をともなった尿管精囊腺開口例の中に精囊腺の嚢腫様拡張を示すものが数例含まれており、その診断および治療に関し今後検討を要するものと考える。

文 献

- 1) Smith NR: Hydrocele of seminal vesicle. Lancet 2: 558~559, 1872
- 2) Englisch: Über Zysten an der hintern Blasenwand bei Männern. Mediz Jahrbucher, Wein, 1875
- 3) Heetderks DR Jr and Delambre LC: Cyst of the seminal vesicle. J Urol 93: 725~728, 1965
- 4) 松岡 啓・中川克之・野田進士: 精囊腺嚢状拡張について. 西日泌尿 39: 713~724, 1977
- 5) Ashley DJB and Mostofi FK: Renal agenesis and dysgenesis. J Urol 83: 211~230, 1960
- 6) Zinner A: Ein Fall von intravesikler Samenblasenzyste. Wien Med Wochenschr 13: 605~610, 1940
- 7) Hart JB: A case of cyst or hydrops of the seminal vesicle. J Urol 86: 137~141, 1961

- 8) Dickinson KM: Ectopic ureter entering a seminal. *Brit J Surg* **50**: 858~860, 1963
- 9) Kimchi D and Wiesenfeld A: Cyst of seminal vesicle associated with ipsilateral renal agenesis; Case report. *J Urol* **89**: 906~907, 1963
- 10) Hart JB: A case of cyst of the seminal vesicle **96**: 247~249, 1966
- 11) Harbitz TB and Liavag I: Urogenital malformation with cyst of the seminal vesicle, ipsilateral dilated ureter, and renal agenesis. *Scand J Urol Nephrol* **2**: 217~222, 1968
- 12) Davidson AC and Beard JH: A seminal vesicle cyst: In association with ipsilateral renal agenesis and lumbar scoliosis. *Southern Med J* **62**: 608~610, 1969
- 13) Greenbaum E and Pearman RO: Vaso-vesiculography: Cyst of the seminal vesicle associated with agenesis of the ipsilateral kidney. *Radiology* **98**: 363~364, 1971
- 14) Reddy YN and Winter CC: Cyst of the seminal vesicle: A case report and review of the literature. *J Urol* **108**: 134~135, 1972
- 15) Donohue RE and Greenslade NF: Seminal vesicle cyst and ipsilateral renal agenesis. *Urology* **2**: 66~69, 1973
- 16) Furtado AJL: Three cases of cystic seminal vasicle associated with unilateral agenesis. *Brit J Urol* **45**: 536~540, 1973
- 17) Meiraz D, Fischelovitch J and Lazebnik J: Agensis of the kidney associated with congenital malformation of the seminal vesicle. *Brit J Urol* **45**: 541~544, 1973
- 18) Beeby DI: Seminal vesicle cyst associated with ipsilateral renal agenesis: Case report and review of literature. *J Urol* **112**: 129~122, 1974
- 19) Korobkin M and Gooperman LR: Vesiculographic findings in cyst of the seminal vesicle. *Radiology* **114**: 571~574, 1975
- 20) Levisay GL, Holder J and Weigel JW: Ureteral ectopia associated with seminal vesicle cyst and ipsilateral renal agenesis. *Radiology* **114**: 575~576, 1975
- 21) Mellin H-E, Kjaer TB and Madsen PO: Crossed ectopia of seminal vesicles, renal aplasia and ectopic ureter. *J Urol* **115**: 765~766, 1976
- 22) Fuselier HA Jr and Peters DH: Cyst of seminal vesicle with ipsilateral renal agenesis and ectopic ureter: Case report. *J Urol* **116**: 833~835, 1976
- 23) Kesavan P, Ramakrishnan MS and Fowler R: Ectopia in unduplicated ureters in children. *Brit J Urol* **49**: 481~493, 1977
- 24) Rajfer J, Eggleston JC, Sanders RC and Walsh PC: Fever and prostatic mass in a young man. *J Urol* **119**: 555~558, 1978
- 25) Karamcheti A and Berg G: Seminal vesicle cyst associated with ipsilateral renal agenesis. *Urology* **12**: 572~574, 1978
- 26) Knudsen JB, Brun B and Emus HC: Familial renal agenesis and urogenital malformations. *Scand J Urol Nephrol* **13**: 109~112, 1979
- 27) Øgreid P and Hatteland K: Cyst of seminal vesicle associated with ipsilateral renal agenesis: A report of four cases. *Scand J Urol Nephrol* **13**: 113~116, 1979
- 28) Scully RE, Galdabini JJ and McNeely BU: Case records of the Massachusetts General Hospital. *N Engl J Med* **302**: 1246~1251, 1980
- 29) Das S and Amar AD: Ureteral ectopia into cystic seminal vesicle with ipsilateral renal dysgenesis and monorchia. *J Urol* **124**: 574~575, 1980
- 30) Das S and Amer AD: Extravesical ureteral ectopia in male patients. *J Urol* **125**: 842~846, 1981
- 31) 中尾知足: 再び精囊々腫について. *皮と泌* **14**: 215~219, 1952
- 32) 宗菊次郎・野波英一郎: 精囊々腫症例追加. *日泌尿会誌* **45**: 44~45, 1954
- 33) 岸本 孝・松本恵一: 先天性単腎症例追加. 腎欠損側精囊腺囊胞を伴える1例. *日泌尿会誌* **51**: 103, 1960
- 34) 横山正夫・石田 肇・鈴木 徹・阿曾佳郎: 右腎欠損, 左尿管膀胱移行部狭窄および精囊腺囊腫の合併症例. *日泌尿会誌* **67**: 137, 1976
- 35) 飯田康衛: 左側腎欠損兼遺尿管精囊開口の1例. *日医大誌* **17**: 495~497, 1954
- 36) 高井修道・堀部 哲・垂水 泰: 奇形症例: 日泌尿会誌 **51**: 226, 1960

- 37) 中野 巖・武井久雄：特異な尿管異常開口例。医療（増刊）**14**：212, 1960
- 38) 後藤 甫・西尾徹也・阿部文悟・中久喜茂也：精囊結石を伴った精囊への尿管異常開口症の1例。皮と泌 **28**：510, 1966
- 39) 平岡 真・山際隆治・長山忠雄：尿管異常開口を伴った renal aplasia の1例。日泌尿会誌 **58**：757, 1967
- 40) 酒徳治三郎・川村寿一：尿管の精囊腺異所開口の1例。泌尿紀要 **13**：759～768, 1967
- 41) 徳原正洋・西尾徹也・森 芳紘：尿管の精囊腺異所開口の1例。泌尿紀要 **15**：620～625, 1969
- 42) 多田 茂・袴田隆義・山崎義久：尿管精囊腺開口の1例。日泌尿会誌 **60**：587, 1969
- 43) 菅原剛太郎・川原昭夫：骨盤腎を伴える尿管異常開口症例。日泌尿会誌 **61**：89～90, 1970
- 44) 片山泰弘：尿管精囊腺開口の1例。西日泌尿 **33**：216～222, 1971
- 45) 小川由英・置塩則彦・木下英親・田崎 寛：尿管精囊腺開口の2例。日泌尿会誌 **64**：421, 1973
- 46) 長沼弘三郎・陣内謙一：發育不全腎を伴った尿管精囊腺異常開口の1例。西日泌尿 **38**：399～402, 1976
- 47) 河島長義・松下嘉明・山崎 章・森崎堅太郎・川村 博・川上 薫・加古 賢：男子尿管異所開口2例。泌尿紀要 **23**：17～25, 1977
- 48) 藤永卓治・森本鎮義・三軒久義：男子尿管異所開口の1例。日泌尿会誌 **71**：409, 1980
- 49) 山際健司・土居 淳・線崎敦哉：精囊腺結石を伴った精囊腺尿管異所開口の1例。日泌尿会誌 **71**：420, 1980
- 50) 牛山知己・鈴木明彦・北川元昭・神林知幸・畑昌宏・大見嘉郎・田島 惇・藤田公生・阿曾佳郎：尿管異所開口の2例。日泌尿会誌 **73**：1349, 1982
- 51) 下江庄司：精囊腺憩室に就て。泌尿紀要 **5**：600～604, 1959
- 52) 加藤哲郎・宮川征男・桑原正明・熊谷郁太郎・三浦邦夫・根本良介：巨大な精囊腺嚢腫。泌尿紀要 **20**：81～87, 1974

(1983年4月13日受付)