子宮附属器腫瘍として8年間見送られて いた膀胱側方結合織炎の治験例

京都大学医学部産科婦人科学教室（主任 三林教授）

稲森 清夫 高島 浩 祐成 健三

緒 言

産褥に発生した旁子宮結合織炎が膀胱周囲に波及しておこる Paracystitis は決して稀ではないが、それ以外の原因で発生したものは、特に婦人科領域では甚だ稀であり、稀であるが故にたまたまそれに遭遇しても、病歴の検討及び診察時の注意を怠ると、普通ありふれた附属器腫瘍と誤診される事もあり得る。

ここに報告する第1例はその適例である。なお1例上述産褥時の旁子宮結合織炎から續發したありふれた例であるが、それがたまたま合併した胸部疾患で内科へ入院したため、年余に互りそれと気づかれず放置されていた古い經驗をも併せて報告する。

症 例

第1例

患者 29歳，1回経産，商人の妻

初診日 昭和32年8月26日

主訴 下腹痛及び排尿痛

家族歴 特記すべきものなし。

既往歴 幼時より左側に軽度の鼠蹊ヘルニアあり，8歳の時虫垂炎で虫垂切除術を受けた。

月経 初潮以来整調で月経障害なく，最終月経は32年7月21日より7日間常の如くあつた。なお26歳で満期分娩をした。

現病歴 21歳の時（昭和24年4月）鼠蹊ヘルニアの手術を市内某院で受けたが，術後1週間で化膿したため，抜糸して手術創を開きガーゼドレナージを行い，約2カ月で治癒した。その後2カ月程して縫合糸が出てきたため，再び処置を受けた。その頃から時々軽度の下腹痛があつたが放置していた。22歳の2月に結婚したが，その後月経がやゝ不規則となり，同年8月突然下腹痛を来したので，附近の婦人科医の診察を受けた所妊娠初期で，

子宮はヘルニア手術のため癒着しているといわれ，妊娠中絶術をうけた。その後鼠蹊部の圧痛と軽度の下腹痛は依然としてなくなり，次第に激しくなつたので再三婦人科医の診察を受けたが，何れも癒着のため，或は附属器腫瘍のためといわれてその度に開腹手術を奨められたが，患者はいつも拒否していた。26歳迄に3回自然流産したが，26歳の10月に満期安産し，健康な女兒を儲けた。

しかし分娩後も同様の症状がなくなり，1カ月前からは排尿痛を来たす様になり，附近の医師の診察をうけた所，膀胱炎と診断されゾルファ剤の投与をうけ，約1週間で軽快した。3日前頃から歩行に際し，可成りの下腹痛を覚え，又同時に排尿痛が起つたので，初めて本院外来を訪れ，左附属器腫瘍及び膀胱炎の外来診断のもとで入院した。

入院後の診察所見 体格中等，栄養良好，胸部に異常なく，腹部は膨満せず，陥凹もしていないが左鼠蹊部にヘルニア手術の癒痕があり，これに接し恥骨結合直上左にかけて，女子手拳大，移動性のない，表面平滑な弾力性硬の腫瘍をふれた。

内診所見 外陰部の發育は良好で発赤，浮腫を認めず，子宮腔部は位置，大きさ，形に異常なく，外子宮口は横裂しているが，正常大で，子宮体部は前傾していて，その前左方に，外診上ふれた腫瘍に一致して，腸詰様の，弾力性硬，軽度の圧痛を有する腫瘍がふれ，これが子宮体と癒着し，また恥骨上枝裏面との間へは手指を挿入する事が出来なく，広く癒着していた。

尿は麥黄色，アルカリ性，軽度濁濁し，沈渣には大腸菌，白血球，上皮細胞が少数あり，赤血球は1視野に20個内外みられ，蛋白は陰性であつた。

血液沈降速度は1時間値84mm，赤血球数は440万，血色素量は80% (nach Sahli)，白血球数は8800であつた。

膀胱鏡所見としては膀胱容量は130ccで膀胱全体として上方に引きあげられた感じて，三角部は上方に引つば

られ、尿管開口部は正常位置より上方にあつた。膀胱粘膜は一般に matt で、膀胱頂より膀胱前面にかけての部分は血管が拡張し、粘膜面は凹凸があつて、その中心部に胞状浮腫を認め、また数個のポリープ様の、やゝ赤色を帯びた小腫瘍があつた。

また腎機能検査として Fischberg の濃縮及び稀釋試験を行つたが異常なかつた。

なお入院後術前迄は連日 37.5°C の間歇熱があつた。

診断及び手術所見 以上の定型的な現病歴、主訴、腫瘍の外診及び内診所見、膀胱鏡所見より慢性膀胱側方結合織炎の診断を下し、左鼠蹊部上方で、鼠蹊靭帯内方にあるヘルニア手術創の内側で、この手術創に平行して約 6 cm の切開を加え、外斜腹筋をよけ乍ら、瘢痕部位に到達し、鈍性に瘢痕組織をかきわけてゆくと、遂に一部軟化した部分を見つけたので、そこに切開を加えた所、黄色、粘稠な膿約 10 cc の排泄を認めた。そこでこの創口を充分開き、フォルムガーゼでドレナージを行い創口を開いたまま手術を終つた。

術後の経過 術後 3 日間はガーゼ交換に際して少量の排膿をみとめたが、その頃より今迄の 37.5°C 前後の間歇熱は平熱に戻り、排尿痛、下腹痛も消散した。その後約 1 週間フォルムガーゼを連日固くつめたが、更に排膿をます事もなく、また無熱に経過し、創底もきれいになり、肉芽形成が良好で、切開創も漸次小さくなつて、術後 36 日目で創口は閉鎖し、患者は感謝して退院した。

なお術後 28 日目に膀胱鏡検査を行つたが術前の膀胱頂附近のポリープ様の腫瘍及び胞状浮腫は消失して瘢痕状となり、周囲の血管拡張もなく、膀胱全体が上方に引っぱられた感じはなくなつていた。

第 2 例

患者 29 歳，1 回経産

初診日 昭和 15 年 1 月 11 日（内科より転科入院）

主訴 発熱と下腹痛

家族歴 特記すべきものはない。

既往歴 27 歳の時肋膜炎に罹患した。

月経 初潮以来整調で月経障害なく、最終月経は昭和 14 年 12 月 10 日より 7 日間常の如くあつた。

現病歴 昭和 14 年 1 月 24 日に満期安産したが、産褥 4 日目に発熱し、腎盂炎及び肺結核の診断のもとに内科に入院し、約 1 カ年間治療をうけていた。入院後約 3 カ月頃頃、すなわち昭和 14 年 4 月頃頃、時々下腹部に鈍痛を来していた。またこの内科入院中毎日午後 38°C 前後の間歇熱があつたが、内科では胸部からのものとして処置

がなされ、下腹部の鈍痛にたいして注意がむけられず放置されていた。しかし漸次下腹部の鈍痛がますので婦人科のものではないかとされ、当科へまわされたのである。

入院時所見 体格中等、栄養やゝ衰えるも貧血なく、胸部所見としては心臓に著変なく、肺臓では呼吸音は右下部に於て粗糙以外に囉音を聴取せず、打診上も著変はみとめなかつた。

腹部は膨満、陥凹を認めないが、左恥骨上枝上部より左鼠蹊部にかけて圧痛及び非常に硬い抵抗を認めた。

内診所見 外陰部は發育良好で異常なく、子宮腔部、外子宮口は正常、子宮体は前傾、正常大、硬度尋常、運動性はやゝ制限され、右側附属器は超鶏卵大にふれた。左側は抵抗として感じ、圧痛あり、旁子宮結合織は両側とも瘢痕性でやゝ圧痛あり、特に膀胱左方は抵抗強く、圧痛をみとめた。

尿は黄色で酸性、やゝ濁濁し、沈渣には大腸菌、白血球、上皮細胞が少数みられ、赤血球はなかつたが、蛋白は陽性であつた。

血液沈降速度は 1 時間値 133 mm，赤血球数は 295 万，血色素量は 58% (nach Sahli)，白血球数は 9600 であつた。

診断 以上の所見により左側膀胱周囲炎と診断した。

手術所見 昭和 15 年 1 月 19 日に恥骨上枝上方で左の鼠蹊靭帯の上方約 2 cm，これと平行に約 3 cm の斜切開を加え、漸次切開を深くしてゆくに、殆んど瘢痕組織のみで、期待した排膿は認めなかつた。しかし腸或は膀胱の損傷を恐れて更に切開を進める事をさけ、フォルムガーゼで強く Fest tamponade を行い、経過を観察する事にして手術を終つた。

手術後の経過 果して予期した如く術後 5 日目頃から、その部位は軟化して、自発的に排膿がみられ、その後排膿増加と共に、半年間に互つた鈍痛及び年餘の間歇熱も霧散して、術後 8 日目に平熱に戻つた。

考 案

泌尿器科の文献によると膀胱周囲炎をドイツ学派にしたがつて Pericystitis, Paracystitis に分類しているが、特に Retzius 腔脂肪組織の炎症を Extracystitis として分けて記載しているものもある。

しかし Stoeckel の成書では Pericystitis と Paracystitis に分類し、膀胱の周囲で extraperitoneal のものを“Para”とし、intraperitoneal のものを“Peri”と使い分けている。すなわち Pericystitis とは膀胱漿

膜の侵された *Beckenperitonitis* の一種であり、*Paracystitis* とは膀胱漿膜の侵されない膀胱周囲結合織炎とされている。また *Aversenq* は *Stoeckel* の記載する *Paracystitis*, すなわち膀胱周囲結合織炎を *Pericystitis* として記載している。一方我が国でも泌尿器科領域では両者を区別せず、単に膀胱周囲炎として報告されている。

しかし乍ら我々は *Stoeckel* の記載する *Paracystitis* の概念、すなわち膀胱周囲結合織の炎症を膀胱周囲炎と考え、既述の意味に於ける *Pericystitis* とは区別して取り扱い度い。今回報告例もこの定義に相当した *Paracystitis* である。

Aversenq はその病理学所見を次の如く分類している。すなわち硬化型、化膿型、蜂窩織炎型の3型である。

我々の症例は膀胱周囲結合織内に化膿し、それが外に破れず吸収されて濃縮した膿が膀胱周囲の中心部に残つて慢性の経過をとつたものと考えられる。

病因的なものとしては、他のすべての炎症と同様、あらゆる過程と経路による感染が考えられるが、その原発巣は膀胱内外、特に骨盤結合織に求められる。すなわち女性に於ては分娩、産褥、手術による旁子宮結合織炎の膀胱周囲への波及である。

また *Halban* は穿孔をおこした膀胱異物の例を記載している。

しかし丹毒、チフス等の伝染性疾患後や男子で腰部の癩に続発した症例の記載もみられる。

我々の第1例は明らかに左鼠蹊ヘルニア手術後の局所感染による珍しい例であり、第2例は産褥時の旁子宮結合織炎の波及したものと思われる。

本症は下腹部腫瘍、膀胱症状、発熱、下腹痛を主訴とし、時には外陰部の発赤、浮腫を来す慢性の疾患で、しかも *Kolischer* が強調している様に、この腫瘍は子宮と区別しにくく、子宮、附属器、腹壁の腫瘍と誤診され、開腹術後偶然に発見されている様である。現に最近百瀬等が次の如き症例を報告している。すなわち3年前に子宮外妊娠のため子宮腔上部切断術を受けた35歳の女子で、尿意頻度を主訴とし、外診及び内診により、膀胱部に圧痛あり、子宮頸部断端に境界不鮮明、鶯卵大、弾力性硬の腫瘍をふれ、膀胱鏡検査で膀胱後壁左方に拇指頭大の腫瘍状隆起をみ、その表面及び周囲に充血、泡状浮腫を認めている。以上は正に定型的な膀胱周囲炎の所見で我々の第1例と酷似しているが彼等は骨盤内腫瘍を疑い開腹したがその結果は矢張り膀胱周囲炎であつた。著

者の例もこの類に洩れず他医により誤診されている。然し乍ら明確な本症の知識、厳密な既往歴並びに現病歴の検討、正確な診察所見の把握、特に腫瘍の位置的關係、補助としての膀胱鏡所見を比較検索すれば、この様な誤診を免れる事もさして難事とは思われない。

治療法としては切開、ドレナージ等を行うべきである。

この際注意すべき事は切開の部位並びに手技で、部位としては恥骨上枝直上或は鼠蹊靭帯の内方で行うべきで、手技については既にいみじくも *Stoeckel* の成書に次の如き意味の事が記されている。すなわち「たとえ膿瘍に到達しない時でも広く切開するのを恥じて小さくしてはならない。又排膿を期待しない時でも切開しなければならぬ」と。著者の第1例に於ては幸にも膿瘍に到達し排膿をみとめたが、この原則にのつとつて、なおかつ *Fest tamponade* の意味でしばらくガーゼドレナージを行つた。第2例は正にこの記載の如く周囲膀胱組織に切開を加え、抵抗減弱部を作り *Fest tamponade* を行つた所、術後5日目に至り予期した如く自然排膿をみとめ、年餘に亙る間歇熱も下降したのである。

然し多くの場合、誤診の結果開腹術後に処置されているのは甚だ遺憾な事である。

總 括

長期に亙り誤診されていた膀胱周囲結合織炎の2例を術前に正確に診断し、開腹術を行わずに、腹壁よりの單なる切開後、*Fest tamponade* ドレナージを行つて簡単に治癒し、患者より非常に感謝された症例を報告すると共に、本症の分類、病因、診断、治療に就き若干の考察を加えた。

本症は誤診され易いが、明確な知識、嚴重な病歴の検討、正確な診察所見の把握、特に腫瘍の位置的關係及び膀胱鏡所見を比較検討すれば診断はさして困難でなく、治療も單なる切開で治癒しうる事を特に強調し度い。

終りに臨み御校閲をたまわつた恩師三林教授に深謝致します。

参考文献

- 1) *Stoeckel*: *Handbuch der Gynäkology*, Band 10, I teil, S. 672 (1938). —2) 百瀬他: 膀胱周囲炎に就て, 泌尿器科紀要, 3巻6号, 413頁(昭32). —3) 外塚: 癩に続発した腎カルブンケル及び膀胱周囲炎各1例, 日泌尿会誌, 45巻9号, 625頁(昭29). —4) 和田, 岡本: 膀胱周囲膿瘍の1例, 医療, 6巻9号, 52頁(昭27).

(No. 806 昭33・3・7受付)