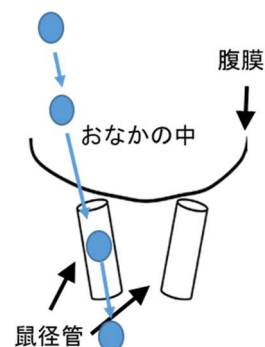


停留精巣の説明書

1. 停留精巣とは

精巣は、胎児期に背中あたりに発生し、陰嚢まで降下していきます。この降下が不完全で、陰嚢（いんのう）の中に精巣がない状態のことを停留精巣とよびます。正期産児の3%でいどに見られるとされ、早産児では発生率が高くなります。生後3か月程度までは自然に降下することがあるとされます。

停留精巣では、通常腹膜と呼ばれる膜が伸びている状態が認められます。



2. 停留精巣の問題点

- (1) **不妊症** 厳密なリスクは不明です。放置すると片側停留精巣でも高率に不妊となりますが、手術により改善を認めるとする報告があります。しかし、停留精巣ではない状態と比べると不妊の確率は、片側で同等から少し劣る、両側では劣ることも知られます。
- (2) **悪性化** 停留精巣では腫瘍の発生が正常の方と比べ多く見られます。（片側で約3倍、両側で約6倍）手術によって腫瘍の発生率を軽減するという報告もありますが、どの程度まで改善するのか、現時点では明らかではありません。
- (3) **鼠径ヘルニア** 停留精巣では、その90%に鼠径ヘルニア（脱腸）の通り道である腹膜鞘状突起の開存を認めます。このため、鼠径ヘルニアや陰嚢水腫を合併することがあります。
- (4) **精索捻転** 停留精巣では精巣が陰嚢に固定されていないので、ねじれやすいと考えられています。

3. 手術時期

自然降下が見られない場合には手術が必要になります。その時期については様々な意見があります。組織障害が進行するため早期手術が望ましいという意見もある一方、（10歳くらいまでなら）将来の不妊には影響が少ないという意見もあります。本邦のガイドラインでは2歳までに手術を行うことが勧められていますが、海外では12か月まで、18か月までと、さらに早期の手術が勧められています。当科では生後6か月以降で手術を行う方針としています。

4. 手術（状態によって方法は異なります。以下は代表的な説明です）

① 触知する停留精巣に対する精巣固定術

腹腔鏡補助下経陰嚢精巣固定術

腹腔鏡手術で腹膜が伸びている部分をお腹の中からくくり取ります。あとは陰嚢から精巣や血管・精管以外の突っ張りの原因となるものをはがして陰嚢に固定を行います。

鼠径法

鼠径部に3cm程度の切開を置き、精巣につながる血管（精巣動静脈）と精管を腹膜鞘状突起

停留精巣の説明書

など周囲の組織からはがします。陰嚢に小切開を置き、精巣を収容するポケットを皮膚の下に作り、ここまで精巣をひき下ろし、ポケットに収めます。

陰嚢法

陰嚢の切開だけで手術を行う方法です。精巣の位置が比較的低い方が対象となります。陰嚢のきずから精巣の周りをはがしてひき下ろします。

② 精巣がどこにあるか触れない場合

まず、精巣が本当にどこにあるのかを腹腔鏡で調べます。

1. 精巣自体が消失している場合、萎縮している場合

摘出を行います。

2. 精巣が鼠径管に見つかった場合

①の鼠径法もしくは腹腔鏡補助下経陰嚢精巣固定を行います。

3. 腹腔内精巣（おなかの中にある場合）

精巣動静脈を切断する方法としない方法があります。また、手術を二回に分ける（この場合、半年程度間をあけます）こともあります。

5. 術後の合併症

出血 感染

陰嚢・創部のはれ 腫れが引くのに2か月程度要することもあります。

精巣の再挙上 再手術が必要になります。

精巣の萎縮 精巣が萎縮・消失することがあります

術後の痛みに対して退院後も座薬や内服が必要であるお子さんは少ないですが、やはり触ると痛い、嫌がることが多いので次回外来（1週間後）まではシャワーで過ごし、陰部は泡立てて洗ってあげるようにしてください。

陰嚢の創部は皮膚用のボンドで覆われています。人によりはがれるまでの時間は大きく違います。退院したその日にはがれてしまうこともあります。いずれにしてもちょっとはがれてきたからはがそうとすると、痛み、出血の原因となりますので、無理にはがそうとしないでください。

令和 年 月 日

説明医師 福山医療センター 小児外科
