

**CQ2-13 バルトリン腺嚢胞の取り扱いとは？***Answer*

1. 腫脹が軽度で症状がない場合は処置を要しない. (B)
2. 膿瘍を形成して症状が激しい場合には緊急の処置として穿刺・切開, ドレナージにより排膿させ, 膿の細菌培養検査と抗菌薬の投与を行う. (B)
3. 手術としてはバルトリン腺の機能を温存する造袋術(marsupialization)が有用である. (B)
4. 造袋術を行っても再発する症例, バルトリン腺膿瘍の再発を繰り返す症例, 腺実質に腫瘍が疑われる症例などに摘出術を行う. (B)
5. バルトリン腺癌は非常に稀であるが, 疑わしい場合は組織学的検索を行う. (B)

## ▷解説

バルトリン腺嚢胞の多くは, バルトリン腺開口部の閉塞により, バルトリン腺そのものが腫脹するより導管が嚢胞状に拡張したものである。嚢胞の内容物は粘液性分泌物であるが, 嚢胞に感染が起ると膿瘍を形成する。バルトリン腺嚢胞の診断は視診と触診により容易である。炎症所見がない波動性腫瘍の場合はバルトリン腺嚢胞を疑い, 炎症所見があれば膿瘍である。鑑別を要する外陰部腫瘍には外陰部良性腫瘍(線維腫, 脂肪腫など), 腔壁嚢腫, 外陰悪性腫瘍(多くはバルトリン腺癌)がある。

1. バルトリン腺嚢胞は小さく, 無症状なら, 経過観察する。なんらかの症状があれば, 治療の対象となる。炎症が比較的軽い場合は, 推定起炎菌に感受性のある広域スペクトルの抗菌薬を投与し, 起炎菌判明後は感受性のある抗菌薬に変更する。抗菌薬は一般的には経口剤で十分であるが, 重症の場合は注射剤も使用する。必要に応じて消炎鎮痛剤を併用し, 外陰部の清潔保持を指導して保存的に治療する。炎症や疼痛が強い場合, 膿瘍を形成した場合には保存的治療に加えて外科的治療が必要となることが多い<sup>1)2)</sup>。

2. 急性期の疼痛除去には穿刺, 切開術による排液・排膿が有効であり, 外来で緊急に実施できる。切開術後は排液促進と癒着防止の目的でガーゼドレーンを置くことも多いが, 切開術は切開部の癒着により, 再発をきたすことが多い<sup>1)2)</sup>。穿刺あるいは切開により膿汁が確認された場合は細菌培養検査を行うべきである。必要に応じて抗菌薬感受性試験を行い, 抗菌薬を選択する。膿瘍の起炎菌は以前には淋菌が多かったが, 現在ではブドウ球菌, 連鎖球菌, 大腸菌および嫌気性菌が主体となり, 各種細菌の複合感染を起こしていることが多い<sup>1)~3)</sup>。本邦の性感染症のなかで最も患者数が多いクラミジア・トラコマティスの報告例<sup>4)</sup>もあり, 注意を要する。

3. 外科的治療には穿刺, 切開術, ドレナージ, 造袋術(開窓術), 摘出術があり, 術式の選択は臨床経過と患者の希望も加味して決定する。外来で実施するのは摘出術以外に限られる<sup>2)</sup>。造袋術(開窓術)はJacobsonが創始した術式<sup>5)6)</sup>であり, 有症状でカプセルのある嚢胞および膿瘍が適応となる。外来で局所麻酔下の実施可能で, バルトリン腺の分泌機能を温存でき, 開窓部を大きくすれば再発も少なく<sup>1)</sup>, 第一選択の術式である。急性期も禁忌ではないが, 開窓部が癒着閉鎖しやすいため, 術前から抗菌薬を投与し, 消炎しておくこと手術操作が容易で術後経過も良好である。CO<sub>2</sub>レーザーを用いた開窓術も工夫されており, 200例(うち両側嚢胞7例)207個のCO<sub>2</sub>レーザーによる手術成績を後方視的に分析し



た最近の報告<sup>7)</sup>では、一次治癒は95.7%で、6カ月以上の経過観察での再発は9例(4.3%)にすぎず、有用かつ優れた治療法と考えられる。

4. 摘出術は根治術式であるが、術中にバルトリン腺付近の静脈叢を損傷して、大出血や術後血腫をつくることがあるので、慎重な操作が必要である。このため、外来でなく手術室で腰椎麻酔下に行い、術後は入院管理するのが望ましい。バルトリン腺膿瘍の再発症例、造袋術後の再発症例、腺実質に腫瘍が疑われる症例などが摘出術の適応となる。急性炎症例は完全摘出が困難なため、避けるべきである<sup>1)2)</sup>。

5. バルトリン腺癌の鑑別が最も重要であり、頻度的には外陰癌の3.9<sup>8)7)</sup>%<sup>9)</sup>で、非常に稀であるが、50歳以下の年齢層ではバルトリン腺嚢胞もしくは膿瘍と誤って診断され、腺癌の診断が平均10.8カ月遅れていることが報告<sup>8)</sup>されている。とくに45歳以下の若年患者ではバルトリン腺嚢胞と診断され、バルトリン腺癌の診断がしばしば遅れていることが指摘<sup>8)</sup>されており、注意を要する。炎症・疼痛のない充実性腫瘍を認めた場合には、悪性を疑い、穿刺生検あるいは試験切除を必ず施行し、病理組織検査を行うべきである。病理組織学的診断が確定した場合は外陰癌に準じて治療を行う。

---

#### 文 献

---

- 1) Pundir J, Auld J: A review of the management of diseases of the Bartholin's gland. *J Obstet Gynaecol* 2008; 28: 161—165 (III)
  - 2) Omole F, Simmons BJ, Hacker Y: Management of Bartholin's duct cyst and gland abscess. *Am Fam Physician* 2003; 68: 135—140 (III)
  - 3) Brook I: Aerobic and anaerobic microbiology of Bartholin's abscess. *Surg Gynecol Obstet* 1989; 169: 32—34 (III)
  - 4) Saul HM, Grossman MB: The role of chlamydia trachomatis in Bartholin's gland abscess. *Am J Obstet Gynecol* 1988; 158: 576—577 (III)
  - 5) Jacobson P: Vulvovaginal (Bartholin) cyst treatment by marsupialization. *West J Surg* 1950; 58: 704—708 (III)
  - 6) Jacobson P: Marsupialization of vulvovaginal (Bartholin) cysts: report of 140 patients with 152 cysts. *Am J Obstet Gynecol* 1960; 79: 73—78 (III)
  - 7) Fambrini M, Penna C, Pierelli A, Fallani MG, Andersson KL, Lozza V, et al.: Carbon-dioxide laser vaporization of the Bartholin gland cyst: A retrospective analysis on 200 cases. *J Minim Invasive Gynecol* 2008; 15: 327—331 (III)
  - 8) Leuchter RS, Hacker NF, Voet RL, Berek JS, Townsend DE, Lagasse LD: Primary carcinoma of the Bartholin gland: A report of 14 cases and review of the literature. *Obstet Gynecol* 1982; 60: 361—368 (III)
  - 9) Copeland LJ, Seige N, Gershenson DM, McGuffee VB, Abdul-karim F, Rutledge FN: Bartholin gland carcinoma. *Obstet Gynecol* 1986; 67: 794—801 (III)
-