

アメーバ性肝膿瘍破裂の2例

東京厚生年金病院外科

志田 晴彦 増田 幸蔵 長島 郁雄 大西 律人
中村 清 松村 健三 仙波 大右 町田 武久
山本 登司 浅野 哲

TWO CASES OF RUPTURED AMEBIC LIVER ABSCESS

Haruhiko SHIDA, Kozo MASUDA, Ikuo NAGASHIMA, Norihito ONISHI

Kiyoshi NAKAMURA, Kenzo MATSUMURA, Daisuke SENBA

Takehisa MACHIDA, Takashi YAMAMOTO and Akira ASANO

Department of Surgery, Tokyo Kosei Nenkin Hospital

索引用語：アメーバ性肝膿瘍，穿刺ドレナージ，メトロニダゾール

アメーバ性肝膿瘍は本邦でも毎年数例ずつの報告が散見されているが，膿瘍破裂による合併症をおこした場合の予後は不良のことが多い。私どもは最近，横隔膜を穿破し肺膿瘍を形成した1例と，腹腔内への穿孔をおこした1例を経験し，治癒せしめることができたので報告する。

症 例

症例1：57歳，男性

主訴：発熱，右上腹部痛

家族歴および既往歴：特記すべきことなし

外国滞在歴：なし

現病歴：1982年2月24日より39℃台の発熱および右上腹部痛あり。3月1日近医に入院し，抗生剤の投与を受けたが発熱は持続した。3月31日，胆嚢炎の疑いで開腹術を行ったが，肝，胆，腹腔内の炎症病巣は発見できず，試験開腹におわった。4月中旬より茶色痰の喀出がみられ，胸部X線写真にて右肺異常陰影が出現した。その後，超音波検査にて肝膿瘍が疑われたため，4月22日当科へ転院となった。

入院時所見：体温38.0℃。意識明瞭だが栄養状態不良で消耗顔貌を呈す。貧血，黄疸は認めず。胸部では右肺呼吸音減弱するも，ラ音なし。右上腹部は軽度膨隆し圧痛，抵抗を認め，肝辺縁は触知不能であった。

一般検査成績：WBC 14,700，Hb 11.4g/dl，Ht 37.1%，T.P 8.1g/dl，Alb 2.8g/dl，T. Chol 103mg/dl，TTT 10.2U，ZTT 18.1U，T. Bil 0.9mg/dl，Al-P 19.1U，GOT 35U，GPT 23U，LDH 270U，赤沈121

mm/hr，CRP 6 (+)，尿 n.p.，便潜血 (+)，以上のごとく，白血球増多，Al-Pの上昇，赤沈亢進，CRP陽性等が異常所見であった。

X線写真：胸部立位にて右下肺野に，わずかに air-fluid level を伴う液体貯留像および，胸膜肥厚像を認めた (図1-a)。

腹部CT：肝右葉に気泡を混じた巨大な low density area を認め，横隔膜に近い断面でも同様であった (図2)。

腹部超音波検査：肝右葉に巨大な低 ECHO 領域が存在し，体位変換により内部 ECHO が流動する状態が認められた。

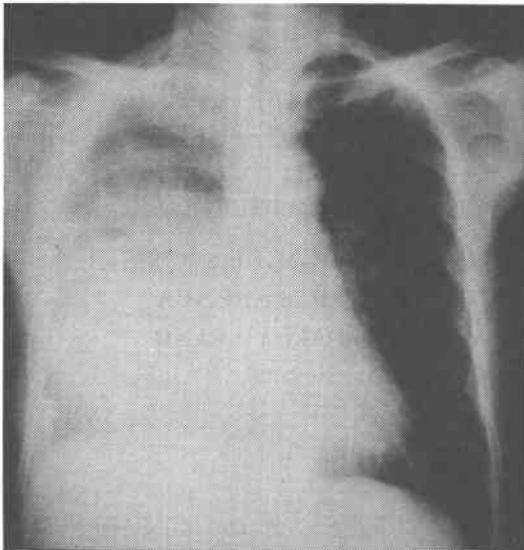
入院後経過：以上より肝右葉の巨大な単発性膿瘍と診断し，即日超音波診断下に存在部位を確認しつつ，右第10肋間より16Fr. トロッカーカテーテルを穿刺挿入し，ドレナージを行った。吸引された膿汁は約500ml，赤褐色粘調，無臭，いわゆるチョコレートソース様であり，アメーバ性肝膿瘍が強く疑われた。また穿刺直後の胸部X線写真 (図1-b) で液体貯留像の減少が認められたことから，肝膿瘍が横隔膜を穿破し，肺実質内に膿瘍を形成したものと解釈された (図3)。

膿汁の検索では赤痢アメーバ，一般細菌培養ともに陰性であり，アメーバ性肝膿瘍の診断下に，メトロニダゾール1,500mg/日を計21日間投与した。抗生剤は使用せず，ドレナージ後3日目より下熱し，排液は6日目より漿液性少量となり，23日目のCTで膿瘍腔の消失をみた。また胸部写真でも液体貯留の減少を認め，

図1 胸部X線 (症例1)

a. 入院時

右中肺野にわずかに air fluid level を認める.



b. 肝膿瘍ドレナージ後

air fluid level の低下を認める.

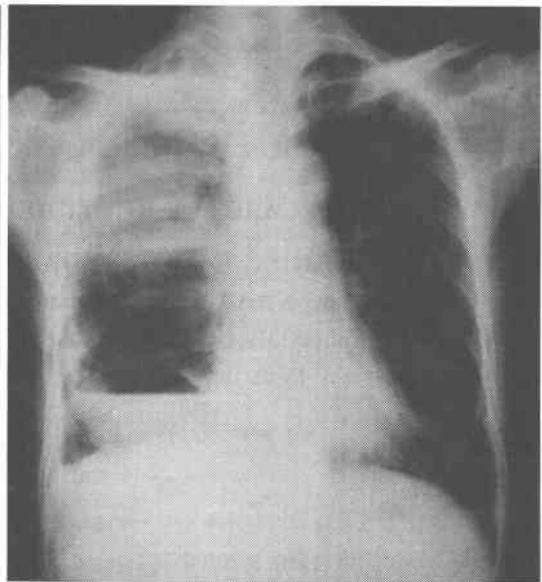


図2 腹部CT (症例1)

右葉に air-bubble を伴う low density area を認める.

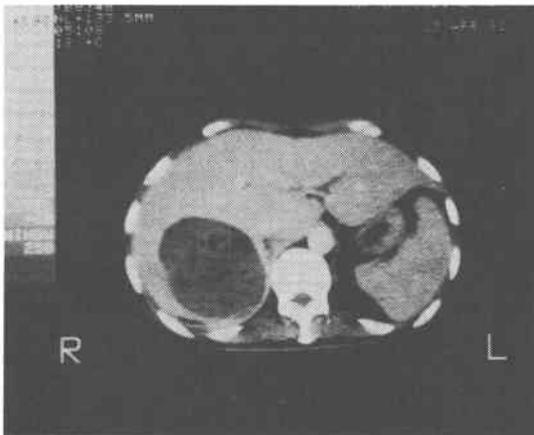
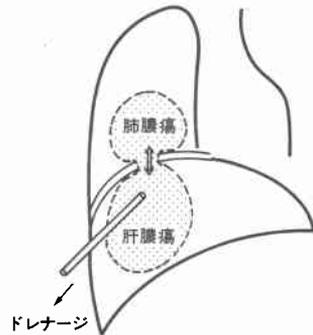


図3 肝膿瘍が横隔膜を穿破し肺膿瘍を形成したと想定される (症例1)



家族歴および既往歴：特記すべきことなし

外国滞在歴：なし

現病歴：1982年6月2日、39℃台の発熱あり、近医で感冒として抗生剤投与をうけるも下熱せず。数日後より右上腹部痛、腹部膨満が出現し、6月12日、腹膜刺激症状が著明となり、当科へ転院となった。

入院時所見：体温38.9℃、意識明瞭、栄養状態中等度。貧血、黄疸は認めず。胸部では右下肺呼吸音やや減弱。右上腹部膨隆し、圧痛、筋性防御が著明であり肝辺縁は触知不能であった。

一般検査成績：WBC 25,000と著明に上昇、Hb 11.8 g/dl、Ht 38.0%、T.P 5.4g/dl、T. Bil 1.0mg/dl、他

40日目にはほぼ完全に消失した。ドレナージ後52日目全治退院した。Latex 凝集反応は2日目では陰性であったが、15日目には陽性を示し、アメーバ性肝膿瘍の確診を得た。なお入院中の検便では赤痢アメーバ(-)、直腸鏡および注腸検査では大腸に異常は認められなかった。

症例2：64歳、男性

主訴：発熱、右上腹部痛

の肝機能検査は緊急時のため施行せず。

X線写真：胸部では右横隔膜の挙上および右胸水貯留像を認めた。腹部では麻痺性の小腸ガス像を認めた。

腹部CT：肝右葉に巨大単一の low density area を認めた（図4）。

以上より肝膿瘍破裂による腹膜炎を疑い、即日開腹術を施行した。

手術所見（図5）：右傍正中切開にて開腹すると、漿液性腹水多量。大網が肝、胆、胃前壁等に癒着、これを剥離すると、肝下面～側腹～右横隔膜下に膿性滲出液が多量に貯留し、さらに肝右葉臓側面で肝膿瘍内との交通を認め、ここから赤褐色膿汁が多量に吸引された。肝膿瘍破裂による腹膜炎と診断し、肝下面にドレーンを留置し手術を終了した。

術後経過：膿汁の検索では赤痢アメーバ、一般細菌とも陰性であった。アメーバ性肝膿瘍が強く疑われたので、メトロニダゾール1,500mg/日を計27日間投与し、抗生剤を併用した。術後3日目より下熱し、創感染以外は順調に経過した。32日目のCTで肝膿瘍腔の縮小を認め、79日目軽快退院した。8カ月後のCTで

図4 腹部CT（症例2）

右葉に low density area を認める。

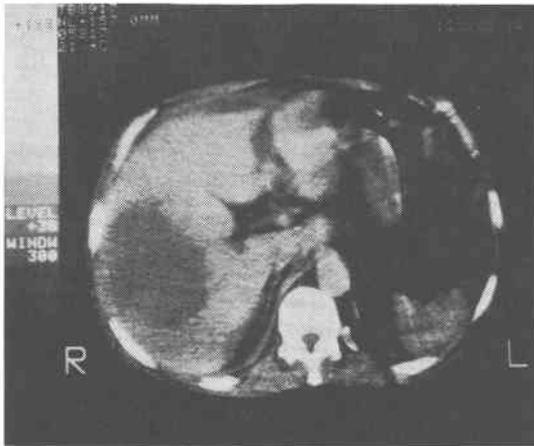
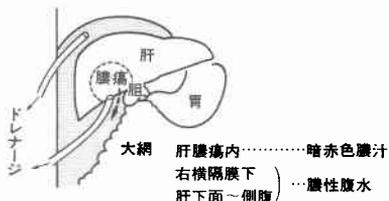


図5 手術所見（症例2）



は膿瘍腔は完全に消失した。術後3日目のLatex凝集反応が陽性を示し、アメーバ性肝膿瘍と確診された。本例も術後の検便で赤痢アメーバ(-)、直腸鏡および注腸検査で、大腸に異常は認められなかった。

考 察

アメーバ性肝膿瘍は熱帯、亜熱帯に多く、本邦での頻度は少ないが、毎年必ず数例の報告がみられる¹⁾²⁾。外地感染の機会が多いが、本邦でも2～3%のcyst carrierが存在すると推定され³⁾、本2症例のごとく感染機会の不明例も多い。膿瘍は孤立性で右葉に存在することが多いが、多発性のもの、左葉のものも報告されている。アメーバ性大腸炎が同時に証明されるのは16～33%⁴⁾にすぎない。

症状は上腹部痛、発熱、肝腫大、全身倦怠などであるが、本症例のように発症当初は感冒、胆嚢炎などと誤診されることもある。白血球増多、赤沈亢進などの急性炎症所見に加え、Al-Pの上昇がみられることが多い。胸部X線では右横隔膜挙上、胸水貯留などがみられる。画像診断の進歩により肝膿瘍の診断は比較的容易であるが、細菌性肝膿瘍との鑑別は困難であり、超音波検査⁵⁾、CT⁶⁾ガイド等により穿刺を行い、無臭、チョコレートソース、anchovy paste様といわれる膿汁を確認すれば疑い濃厚である。膿汁は通常無菌だが、赤痢アメーバも証明されないことの方が多い。確定診断には血清学的診断法が有用で、本例に使用したLatex凝集反応⁷⁾をはじめ多くの方法があり、およそ90%以上の診断率である⁴⁾⁸⁾。

抗アメーバ剤としてはエメチン、クロロキンなどがあるが、最近ではメトロニダゾールが第一選択として用いられる。750mg×3回/日の経口投与を10日～3週間行うとされる⁴⁾。本2症例では500mg×3回/日をおのおの21日間、27日間投与したが、有効と思われた。経口摂取不能例には経静脈的投与の報告もみられる⁹⁾。

合併症を伴わない膿瘍の予後は良好であり、死亡率は0.7%¹⁰⁾で、初期治療は原則的には内科的治療のみでよいとする意見が多い。ドレーナの適応¹¹⁾¹²⁾は、①72時間以内に投薬に反応せず発熱、腹痛の持続するもの、②胸水増加、横隔膜上昇、膿瘍腔増大などがみられ、破裂の危険があるもの、③心嚢、腹腔への破裂の危険の高い左葉の膿瘍、とされるが、穿刺ドレーンで十分な場合が多く、手術の適応は限られる。一方、本邦例¹⁾²⁾の治療内容をみると、開腹を主とした手術的ドレーン施行例が多く、これは本疾患の頻度の少なさ、確診の困難性からみて無理からぬことと思われる

が、今後は可能な限り穿刺ドレナージを行うべきである。また、著者らの意見では、穿刺ドレナージは侵襲の少なさ、早期診断の重要性から考えれば、むしろ積極的に行うべき方法ではないかと思われる。

一方、いったん破裂し合併症をおこした場合は、ほとんどがドレナージの適応である。横隔膜の穿破によりおこる肺膿瘍、膿胸などの胸腔内合併症は5¹³⁾~7.9¹⁰⁾%にみられ、死亡率は6.2¹⁰⁾~18¹³⁾%とされる。まれに左葉の膿瘍が心嚢内穿孔をおこすこともあり予後不良である。肺膿瘍に対しては通常はbronchial drainageでよいが、膿胸、心嚢内穿孔に対しては、穿刺または手術的ドレナージが必要である¹⁴⁾。腹腔内への破裂は2.4¹⁵⁾~6¹⁶⁾%にみられ、ほとんどに手術的ドレナージが行われているが、死亡率は18.4¹⁰⁾~49¹⁶⁾%と高い。特に汎発性腹膜炎、ショック、黄疸例では予後不良で、本症例2では周囲組織の癒着により限局していたことが有利な点であったと考えられる。合併症の有無により予後に大きな差がみられることは早期診断治療が強調されるゆえんであり、頻度の少ないわが国でも本疾患を常に念頭におく必要があると思われる。

おわりに

アメーバ性肝膿瘍の破裂2例—横隔膜穿破による肺膿瘍形成例および腹腔内への破裂例—の経験を、最近の知見とともに考察を加えて報告した。

文 献

- 1) 葉玉哲生, 調 函治, 内田雄三ほか: 肺に穿通したアメーバ性肝膿瘍の経験と本邦報告54例の臨床的検討. 外科 44: 940-944, 1982
- 2) 山本克彦, 深井泰俊, 白鳥常男ほか: 赤痢アメーバ大腸炎に合併した多発性肝膿瘍の1治験例—本邦3年間29例の文献的考察—. 臨外 37: 1719-1723, 1982
- 3) 柳下徳雄: アメーバ赤痢の罹患状況と疫学. 日医新報 2255: 126-127, 1967
- 4) Peters RS, Gitlin N, Libke RD: Amebic liver

- abscess. Ann Rev Med 32: 161-174, 1981
- 5) Abul-Khair MH, Kenawi MM, Korashy EEA et al: Ultrasonography and amebic liver abscess. Ann Surg 193: 221-226, 1981
- 6) Haaga JR, Alfydi RJ, Havrilla TR et al: CT detection and aspiration of abdominal abscesses. Am J Roentgenol 128: 465-474, 1977
- 7) Morris MN, Powell SJ, Elsdon-Dew R: Latex agglutination test for invasive amebiasis. Lancet June, 27: 1362-1363, 1970
- 8) Knobloch J, Mannweiler E, Höfler W et al: Efficiency of serodiagnosis in amebiasis results obtained by four different tests in 13458 persons with varying exposure. Tropenmed Parasit., 33: 107-110, 1982
- 9) Gall SA, Vernon RP: Intravenous metronidazole in the treatment of ruptured amebic liver abscess. South Med J 73: 1274-1275, 1980
- 10) Adams EB, MacLeod IN: Invasive amebiasis. II. Amebic liver abscess and its complications. Medicine, 56: 325-334, 1977
- 11) Abuabara SF, Barrett JA, Hav T et al: Amebic liver abscess. Arch Surg 117: 239-244, 1982
- 12) Eggleston FC, Verghese M, Handa AK et al: The results of surgery in amebic liver abscess: Experiences in eighty-three patients. Surgery 83: 536-539, 1978
- 13) Rohde FC, Prieto O, Riveros O: Thoracic complications of amebic liver abscess. Br J Dis Chest 73: 302-304, 1979
- 14) Ibarra-Pérez C: Thoracic complications of amebic abscess of the liver, report of 501 cases. Chest 79: 672-677, 1981
- 15) Eggleston FC, Handa AK, Verghese M: Amebic peritonitis secondary to amebic liver abscess. Surgery 91: 46-48, 1982
- 16) Wallace RJ, Greenberg SB, Lau JM et al: Amebic peritonitis following rupture of an amebic liver abscess. Arch Surg 113: 322-325, 1978