

# 肝膿瘍破裂および腸管大量出血をともなった アメーバ赤痢の1治験例

東京慈恵会医科大学第2外科

高橋 宣胖 大塚 明夫 高橋 正人 小山 厚  
石井 義之 小野 敏孝 柳沢 暁 水永 篤  
北原慎太郎 岩崎 貴 平井 勝也 長尾 房大

## A CASE OF AMOEBIASIS WITH RUPTURE OF LIVER ABSCESS AND MASSIVE BLEEDING FROM ULCERATION OF LARGE INTESTINE

Nobuhiro TAKAHASHI, Akio OHTSUKA, Masahito TAKAHASHI,  
Atsushi KOYANA, Yoshiyuki ISHII, Toshitaka ONO,  
Satoru YAMAGISAWA, Atsushi MIZUNAGA, Sintaro KITAHARA,  
Takashi IWASAKI, Katsuya HIRAI and Fusahiro NAGAO  
The Second Department of Surgery The Jikei University School of Medicine

索引用語：アメーバ赤痢，肝膿瘍破裂

### はじめに

アメーバ赤痢による肝膿瘍が破裂し汎発性腹膜炎をひきおこした場合、予後は不良である。また腸管に形成した潰瘍よりの出血はアメーバ赤痢の特徴的な一症状であるが、出血は通常少量で、本症例のごとくきわめて大量の出血をきたした例はまれである。本症例は肝膿瘍の破裂による汎発性腹膜炎に加え、腸管よりの大量出血をともなった重篤な症例であったが、幸いにして救命しえた1例として報告する。

### 症 例

症例：40歳，男性。

主訴：発熱，黄疸，右季肋部痛。

家族歴：特記すべきことなし。

既応歴：特記すべきことなし。約10年以上前に香港およびハワイへの渡航歴がある。

現症歴：患者は1983年12月初旬より軽度のテネスマス、粘血便に気づいていたが、そのまま放置していた。1984年1月8日に突然38°台の発熱をきたし近医にて抗生剤の投与をうけた。しかし解熱せず、そのうち黄疸が出現しさらに、1月中旬より右季肋部痛を伴うようになったので1月18日当院内科を受診1月20日外科

転科となった。

入院時所見：体温39℃，意識ほぼ明瞭，栄養状態中等度，貧血はないが眼球結膜に黄染を認める。頸部，腋下リンパ節触知せず。血圧は110~90mmHg，脈拍は132/分と多い。心雑音なく，右肺肝境界は第4肋間と上昇している。腹部は膨隆し，腹部全体に圧痛，抵抗があり，上腹部は板状硬である。皮膚はやや乾燥，下肢に浮腫を認めない。

血液生化学検査：白血球数29,000/mm<sup>3</sup>，Hb 14.1g/dl，Ht 41.0%，Na 132mEq/l，K 4.3mEq/l，GOT 100 mU/ml，GPT 104mU/ml，LDH 688mU/ml，Al-P 61 B-LU，rGTP 120mU/ml，LAP 350GRU，T. Bi 8.1 mg/dl，赤沈値142/hr。

X線所見：入院時の胸部X線では右横隔膜の挙上を認めた(図1)。腹部X線では大量の大腸ガスと異常な小腸ガス像がみられた。

腹部CT：肝右葉に境界明瞭で巨大な low density area がみとめられた(図2)。

以上より、肝膿瘍破裂による汎発性腹膜炎と診断し、ただちに緊急手術を施行した。

手術所見：開腹すると肝右葉には巨大な膿瘍があり、後部よりの横隔膜面で膿瘍は破裂しており大量の暗赤褐色の膿汁が腹腔内に充満していた。他では虫垂が壊疽性変化を示していた。肝膿瘍内に洗滌用として

図1 胸部単純X線像。右横隔膜の挙上が見られる。

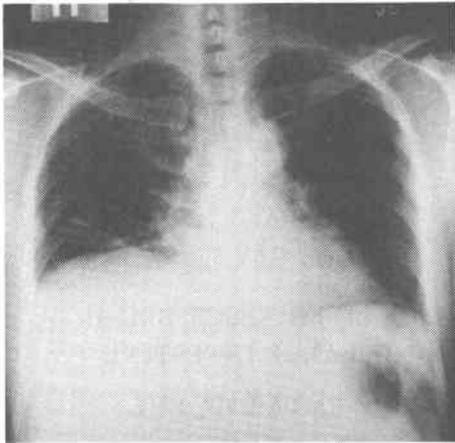
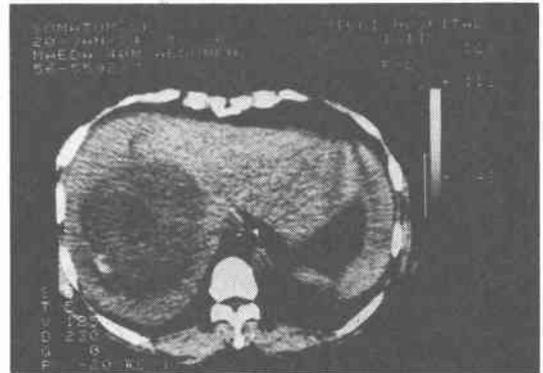


図2 術前腹部CT。肝右葉に巨大な low density area がみられる。

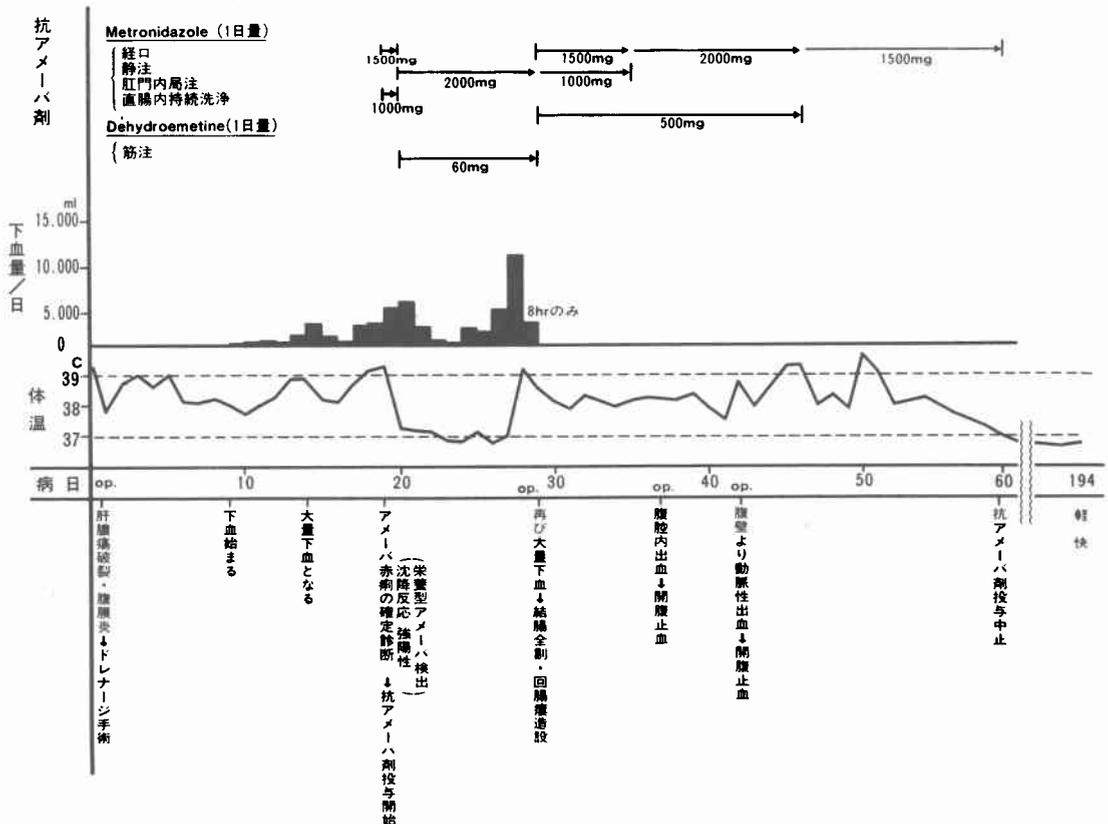


3本チューブを留置，胆別後T-チューブを造設，虫垂切除を行った。術前軽度の下血がみられたため術中にコロノスコープを行い直腸～下行結腸までを観察したが，直腸の一部に erosion をみとめたものの明らかな

出血点はなかった。risk が悪いため腸管精査はあらためて行うこととした。大量の生食水で腹腔内を洗滌し，ドレナージを行い手術を終了した。

術後経過(図3)：腹膜炎は順調に回復，黄疸も転減した。術後9日目より再び少量の下血が始まり17日以

図3 本症例の経過



降になると1日あたり2,000ml以上となった。通常の保存的治療では止血しないためアメーバ赤痢を疑い沈降反応で強陽性、新鮮便中で栄養型アメーバが検出された。ただちにMetronidasole投与を開始した。1,500mg/日を経口、2,000~1,000mg/日を点滴静注した。2日後よりはDehydroemetine 60mgを追加した。投与後下血量は1日目2,350g、2日目550g、3日目65gと急速に減少し薬剤の効果がうかがえたものの4日目から再び出血が2,000g以上、7日目について10,000g以上の大量出血でショック状態となったため緊急再開腹を行った。

再手術所見：大腸は全長にわたり血液が充満、なかでも回盲部が特に拡張が著しいのでまず結腸右半切除を行った。内視鏡で左結腸をしらべたところ直腸・S字状結腸にも病変をみとめたため仙骨岬角部のやや下方まで結腸切除を行った。図4は切除大腸のうち回盲

図4 切除標本(右が口側、回盲部で左が上行結腸)  
回盲部に大きな不整形潰瘍が多発しているのをみとめる。

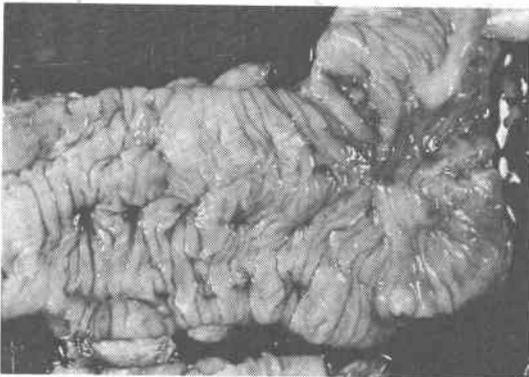
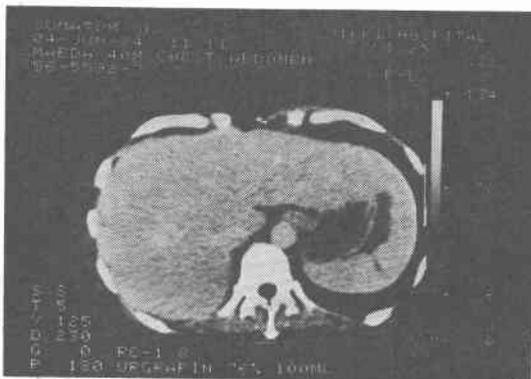


図5 初回手術後135日目のCT像、肝膿瘍が消失している。



部と上行結腸の一部である。回盲部には不整形の大豆大潰瘍、上行結腸には深い小潰瘍が多発している。直腸断端はネラトンチューブを入れ埋没閉鎖し、回腸断端はileostomyとした。

再手術後経過(図3)：Metronidasoleを経口で1,500~2,000mg/日投与した上で、500mgを生食にとネラトンより直腸内に持続的に滴下洗滌続けた。全身状態はきわめて不良で、腹腔内出血、腹壁出血のため2度開腹を余義なくされたが、徐々に状態は回腹にむかった。6月4日(初回手術後153日目)の肝CTでは膿瘍は消失している(図5)。8月1日退院となり現在社会復帰している。

### 考 察

赤痢アメーバ原虫(*Entamoeba histolytica*)によっておこる腸アメーバ症は、熱帯、亜熱帯に多く、温帯では比較的少ないとされ我が国では一時減少した患者発生数も、最近再び増化の傾向を示しており、坂本ら<sup>1)</sup>によると年間約20~30例といわれている。浅見ら<sup>2)</sup>によると本症の発症頻度は10%以下で、残りの大多数がcyst carrierの状態が存在するといわれている。本邦でも2~3%のcarrierが存在すると推定されている<sup>3)</sup>。感染機会は東南アジアなど海外渡航歴のある者に多いが、最近渡航歴のない者の感染が多くなり54%を占めている<sup>1)</sup>。本症例は約10年前に香港、ハワイへの渡航歴であった。アメーバ性肝膿瘍は本症例のごとく孤立性で右葉に存在することが多いが、多発性のもの、左葉に存在するものも報告されている<sup>4)</sup>。吉田<sup>5)</sup>によると感染経路であるが、cystの形で小腸に達した赤痢アメーバは、小腸の消化液で分裂し、大腸で栄養型に変化する。大腸では組織融解物質により粘膜下層を浸潤し、壊死性潰瘍を多発形成する。Ochsnerら<sup>6)</sup>によると、さらに門脈に入ったアメーバは、肝小葉周辺の門脈から類洞に移行する部位にアメーバの塞栓をおこし、末梢小葉は壊死融解する。これが拡大融合した肝膿瘍を形成するといわれている。DeBakeyら<sup>7)</sup>によると臨床的アメーバ症16,582例のうち肝膿瘍は8.1%にすぎなかったという。

アメーバ性肝膿瘍の診断：発熱、右季肋部痛、腹満を訴え肝腫大がある時は本症を念頭におき診断をすすめる。また白血球増多、赤沈亢進、CRP陽性などの急性炎症所見、アルカリフォスファターゼ値の高値、 $\gamma$ -globulin上昇をみるが、高度の肝腫大をきたす割には異常値は少ない。胸部XPでは本症例にもみられるように右横隔膜の挙上を呈することが多く、胸水貯溜像

もみられることがあると葉玉ら<sup>8)</sup>はのべている。肝膿瘍を確認する方法としては、無臭、チョコレートソース、anchovy paste 様膿汁をみると疑いは膿厚とされている<sup>4)</sup>。さらに膿や膿瘍壁においてアメーバ原虫が検出されれば(検出率は7.6~96%とまちまちだが)診断は確定する<sup>9)</sup>。

一方、腸管におけるアメーバ原虫の病変発生部位は盲腸、上行結腸、直腸、S状結腸、虫垂及び回腸末端の順とされている<sup>10)</sup>。われわれの症例での切除大腸をみると、回盲部、上行結腸横行結腸、S状結腸、直腸とはほぼ大腸全域にわたって潰瘍病変がみられた。

臨床病状：慢性型では粘液や血液の付着する固形便、軟便下痢、腹満感、鼓腸、便通異常、腹痛で発症し、寛解と再発をくり返す。急性型は下痢、腹痛の症状がはげしく、激症型は出血、穿孔、腹膜炎を合併し予後不良である。粘血便、血便は85%にみられたが本症例のごとくきわめて大量の出血をみた例はほとんどない。

アメーバ赤痢の血清学的診断が最近進歩し、補体結合反応、沈降反応、赤血球凝集反応、蛍光抗体法などがあるが、MorrisのAmoebic Latex Agglutination Testによるとアメーバ性肝膿瘍の96%が陽性であったと報告している<sup>11)</sup>。本症例では沈降反応が強陽性であった。

合併症：腹腔内への穿孔は2.4~6.0%とあまり多くはないが<sup>12)13)</sup>、死亡率は18.4~49.0%と非常に高率である<sup>13)14)</sup>。胸腔内への穿孔は5~7.9%におこり<sup>14)15)</sup>、なかには心嚢内への穿孔がみられることがあり予後不良となる。

治療：抗アメーバ剤としてエメチン、クロロキン、メトロニダゾールがある。塩酸エメチンは1日40~60mgを10~12日を1クールとして連続投与する。心筋毒性が強く総量が1gをこえないよう注意し、くり返す時は20~30日間隔をおいて使用する<sup>16)</sup>。メトロニダゾールは1日800mgを1日3回10日間を1クールとし88%の有効率を示した<sup>16)</sup>。われわれは症例では1日1,000mgを用いたが、症状が激烈であったので1,500~2,000mgを静注又は経口投与した。大腸切除後は直腸内に留置したチューブより、500mgを生食にとき滴下洗浄したが、有効な方法であると思う。

#### まとめ

肝膿瘍の破裂による汎発性腹膜炎と、腸管大量出血という、アメーバ赤痢の最も大きな合併症がほぼ同時

におこったという重篤な症例であったが、数次にわたる手術と抗アメーバ剤投与とで救命しえた1経験例として報告した。

#### 文 献

- 1) 坂本清人, 下田悠一郎, 洲上忠彦ほか: 腸アメーバ症. 胃と腸 18: 361-372, 1983
- 2) 浅見敬三, 竹内 勤: アメーバ赤痢の現況. 感染症誌 6: 121-132, 1976
- 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) 志田晴彦, 増田幸蔵, 長島郁雄ほか: アメーバ性肝膿瘍破裂の2例. 日消外会誌 16: 2009-2012, 1983
- 5) 吉田幸雄: 図説人体寄生虫学. 南山堂, 東京, 1977, p14
- 6) Ochsner A, DeBaKey ME: Amebic hepatitis and hepatic abscess-an analysis of 181 cases with review of the literature-. Surgery 13: 460, 1943
- 7) DeBaKey ME, Ochsner A: Hepatic amebiasis-a 20 year experience and analysis of 263 cases-. Int Abst Surg 92: 209, 1951
- 8) 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
- 9) 増田正典: 現代内科学大系(消化器疾患IV), 東京, 中山書店, 1964, p173
- 10) Plorde JJ: Amebiasis. In Harrison's Principles of Internal Medicine (Isselbaker KJ et al, ed), 9th ed, Tokyo, McGraw-Hill Kogakusha, 1981, p863-867
- 11) Morris MN, Powell SJ, Elsdon DR et al: A rapid latex-agglutination test for invasive amoebiasis. S Afr Med J 44: 594, 1970
- 12) Eggleston FCH, Handa AK, Verghese M: Amebic peritonitis secondary to amebic liver abscess. Surgery 91: 46-48, 1982
- 13) Wallace RJ, Greenberg SB, Lau JM et al: Amebic peritonitis following rupture of an amebic liver abscess. Arch Surg 113: 322-325, 1978
- 14) Adams EB, MacLeod IN: Invasive amebiasis. II. Amebic liver abscess and its complications. Medicine 56: 325-334, 1982
- 15) Rohde FC, Prieto O, Riveros O: Thoracic complications of abscess. Br J Dis Chest 73: 302-304, 1979
- 16) Faust EC: Clinical pathology. Philadelphia, Lea and Febiger, 1964, p216