

# アメーバ性肝膿瘍の1例

福井医科大学第2外科

高田 泰次	森本 秀樹	秋田 利明	小林 彰
加藤 佳典	丸橋 和弘	千葉 幸夫	石原 浩
谷川 允彦	村岡 隆介		

## A CASE OF AMEBIC LIVER ABSCESS

**Yasutsugu TAKADA, Hideki MORIMOTO, Toshiaki AKITA,  
Akira KOBAYASHI, Yoshinori KATO, Kazuhiro MARUHASHI,  
Yukio CHIBA, Hiroshi ISHIHARA, Nobuhiko TANIGAWA  
and Ryusuke MURAOKA**

Second Department of Surgery, Fukui Medical University

索引用語：アメーバ性肝膿瘍, percutaneous transhepatic abscess drainage, メトロニダゾール

### I. はじめに

アメーバ性肝膿瘍は、赤痢アメーバ *Entamoeba histolytica* によって起こる重篤な疾患で、近年本邦では比較的まれなものである。しかし、最近海外との交流が盛んになってきたため、輸入感染症として注目され、また、海外滞在経験のない者にも、その発生がいくつか報告されている。

今回われわれは、海外滞在歴のないアメーバ性肝膿瘍の1例を経験したので、われわれが集めた最近5年間の本邦報告例26例の検討を加えて報告する。

### II. 症 例

患者は64歳の農婦、主訴は全身倦怠感。家族歴、既往歴に特記すべきものはない。患者および家族に海外滞在歴はない。

現病歴：昭和59年11月ごろより、全身倦怠感および食欲不振を覚えるようになった。11月18日、右季肋部痛と40℃台の発熱を生じたため、某医を受診し、19,800の白血球増加を指摘され、胆嚢炎の診断のもとに抗生剤の投与を受けた。漸次解熱し、右季肋部痛も軽快したが、全身倦怠感が持続したため、腹部超音波検査を受け、肝膿瘍の存在を疑われて、12月4日、当科へ転院した。

入院時現症：体格は小、栄養は中等度。意識清明で、

体温は36.5℃であった。脈拍数88/分で整、血圧102-70 mmHg、眼瞼結膜に貧血を認めるが、眼球強膜の黄染は認めなかった。胸部聴診では、右下肺に呼吸音の減弱を認めた。腹部は平坦で筋性防禦を認めず、肝は右肋骨弓下に2横指触知し、圧痛は認めなかった。

入院時検査所見：貧血、好中球の核左方移動、CRP 2(+)、低アルブミン血症があり、血清ビリルビンは正常であるが、 $\gamma$ -GTP、Al-pの上昇を認めた。糞便検査では、潜血はなく、赤痢アメーバは検出されなかった。胸部単純X線像では、右側優位の両側性胸水貯留、右横隔膜の挙上を認めた(表1)。

入院後経過：腹部超音波検査(図1)では、肝右葉に不整形の低エコー域を認め、不規則な内部エコーおよび後部エコーの増強を伴う、multilocular cystic patternを示した。また腹部 computed tomography (CT)(図2)では、肝右葉に直径10cmの孤立性の

表1 入院時検査所見

赤血球数	327×10 <sup>4</sup>	総タンパク	7.3 g/dl	総ビリルビン	0.2 mg/dl
Hb	9.0 g/dl	アルブミン	3.0 g/dl		
Ht	29.2 %	BUN	8 mg/dl	CRP	2(+)
血小板数	67.4×10 <sup>4</sup>	クレアチニン	0.6 mg/dl		
白血球数	8400	GOT	28 IU/l	尿	正常
桿状核球	53 %	GPT	18 IU/l		
分葉核球	29 %	$\gamma$ -GTP	233 IU/l(↑)	糞便	
好酸球	0 %	Al-p	1138 IU/l(↑↑)	潜血	(-)
好塩基球	1 %	LDH	443 IU/l	虫卵	(-)
リンパ球	14 %	ZTT	10.4 単位	赤痢アメーバ	(-)
単球	3 %	TTT	2.1 単位		

図1 腹部超音波像

不規則な内部エコーおよび後部エコーの増強を伴う multilocular cystic pattern.

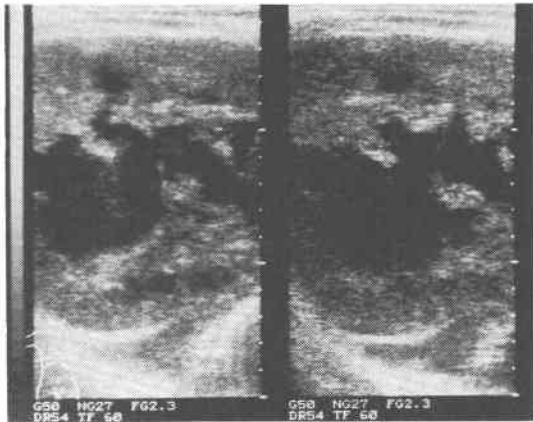
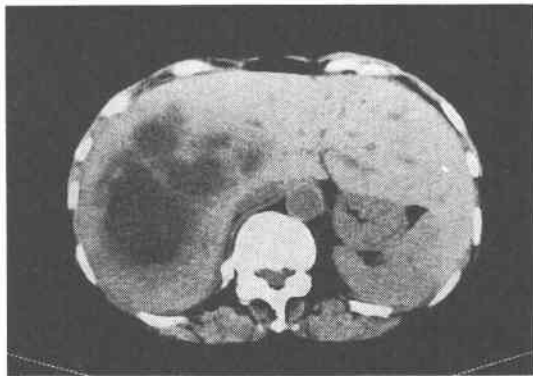


図2 腹部CT像(入院時)

肝右葉に存在する multilocular low density mass.



multilocular low density mass を認め、内部は造影剤によって増強されなかった。

以上より肝膿瘍と診断し、12月5日、超音波ガイド下に、percutaneous transhepatic abscess drainage (以後 PTAD)を施行した。無臭の淡褐色クリーム状の膿汁を130ml 吸引し、その膿汁より赤痢アメーバ嚢子を証明した。アメーバ性肝膿瘍の診断のもとに、メトロニダゾール1,000mg/日の投与を開始するとともに、法定伝染病であるため、福井県立病院隔離病棟へ転院した。転院後もメトロニダゾールの投与は続けられ、12月20日にはPTADよりの排液が見られなくなり、昭和60年1月25日の腹部CTでは、膿瘍腔の縮小を確認した。1月31日、PTADチューブを抜去し、2月15日、退院した。

III. 考 察

アメーバ性肝膿瘍の発生過程は<sup>1)2)</sup>、赤痢アメーバの嚢子の経口摂取に始まる。小腸に達した嚢子は栄養型となり、大腸に至り、粘膜内に侵入して潰瘍を形成する。さらに、この栄養型が門脈を経て肝に到達し、肝膿瘍を形成すると言われる。

本邦において、アメーバ症は第二次大戦後一時的な増加が見られたが、以後漸減しており、最近では海外のアメーバ症発生地域への旅行者や滞在者に発症する輸入感染症として注目されている。しかし、本症例のように海外滞在歴のない者の発症も意外に多く、葉玉ら<sup>2)</sup>の集めた症例では、41%が海外滞在歴がなく、今回われわれが文献上集めた26例(表2)<sup>1)~17)</sup>では、65%にあたる17例に海外滞在歴がなかった。このような場合の感染源としては、症状のない潜在性嚢子保有者(cyst carrier)が考えられ、本邦における carrier は総人口の2.0~3.0%も存在する<sup>18)</sup>と言われている。

アメーバ症のうち、肝膿瘍を発生する率は3.0~9.0%<sup>19)</sup>と言われ、また、肝膿瘍例がアメーバ赤痢の既往を有する率は、報告者によりさまざまであるが、葉玉ら<sup>2)</sup>によると35%であり、われわれの集計した26例では11例42%であった。

性別、年齢としては、海外<sup>19)~21)</sup>および本邦においても、中高年齢の男性に多く、われわれの集計した26例でも、男：女=22：4、41歳~60歳が17人の65%であった。

膿瘍の発生部位は、一般に肝右葉に多く、単発性であることが多い。われわれの集計した26例中、右葉に単発性に存在したのが18例69%であった。右葉に多い理由の1つとして、潰瘍の好発する回盲部からの門脈血が、主として右葉に分布するためと言われている<sup>22)</sup>。

表2 最近5年間の本邦におけるアメーバ性肝膿瘍報告例26例

① 年齢	31才~40才 6例 41才~50才 5例 51才~60才 12例 61才~70才 3例	嚢中にアメーバを証明 7例 開腹にて膿瘍壁にアメーバを証明 8例 生検にて大腸壁にアメーバを証明 4例 血清免疫学的診断 9例 臨床所見および嚢子の性状からのみ 2例
② 性別	男 22例 女 4例	7. 合併症
③ 外国滞在歴を有するもの	9例	穿破性肝膿瘍または膿胸 4例 胸水貯留 2例 穿孔性腹膜炎 4例 その他 4例
④ アメーバ赤痢の既往を有するもの	11例	⑧ 治療と予後
⑤ 肝膿瘍局在部	右葉に単発性 18例 左葉に単発性 3例 両葉に多発性 3例 不明 2例	生 死 開腹ドレナージ+抗アメーバ剤 11 0 PTAD+抗アメーバ剤 6 0 抗アメーバ剤のみ 2 0 肝切除 2 0 開腹ドレナージのみ 0 2 ドレナージも抗アメーバ剤もなし 0 3
⑥ アメーバ性肝膿瘍の確定診断(重複例あり)	糞便中にアメーバを証明 3例	

診断は、発熱、悪寒戦慄、右季肋部痛などの症状があり、肝腫大を呈する時は本症を疑うべきである。黄疸を来す例は、一般に少ない。検査所見では、白血球増加、好中球の核左方移動、赤沈亢進、CRP陽性などの急性炎症所見を示し、生化学検査でアルカリフォスターゼやγ-GTPの軽度上昇、低アルブミン血症などが見られることがあるが、本症に特徴的ではない。胸部X線で、右横隔膜挙上、右胸水貯留を示すことが多い。肝膿瘍を確認する方法としては、腹部超音波やCT、肝シンチグラフィなどが有用である。

肝膿瘍がアメーバ性であると確定診断を下すためには、膿汁または膿瘍壁の組織内から赤痢アメーバを証明する必要がある。膿汁中の赤痢アメーバ検出率は、39%<sup>20)</sup>から81%<sup>23)</sup>と報告者によりまちまちで、われわれの集計した症例でも、21例検索している中で7例しか証明されず、検出率は一般に良くない。本症の膿汁は、無臭でアンチオビソース様と表現される赤褐色の特徴的なもので、診断の参考になると言われているが、本症例のようにクリーム状のことが、われわれの集めた26例中でも6例あり、注意を要する。また、大腸潰瘍部の生検あるいは糞便中から赤痢アメーバを検出できる場合もあるが、一般に便中からの検出率は11%から30%<sup>24)</sup>と低い。最近、免疫血清学的診断法が発達し、中でもラテックス凝集反応(Serameba®)は操作も判定も簡単で、Morrisら<sup>25)</sup>は、アメーバ性肝膿瘍の96%に陽性と報告し、有力な診断法と思われる。しかし、いまだ本邦では普及しておらず、入手し難い場合もあり、また検査の時期によってはnonreactiveなこともあり<sup>9)</sup>、本症例でも陰性であった。

合併症として重篤なのは、膿瘍の破裂である。膿瘍が横隔膜を穿破して、肺膿瘍や膿胸を生じたり、あるいは腹腔内に穿孔して腹膜炎を起こしたりするが、アメーバ性肝膿瘍は肝の横隔膜面に発生することが多く、肺合併症の方が比較的多い<sup>2)</sup>と言われる。また、まれに左葉の膿瘍が心嚢内へ穿破して、心タンポナーデを来すことがあり、これは最も重篤で死亡率が高い。合併症のないアメーバ性肝膿瘍の予後は良好で、われわれの集めた26例中、合併症のない17例では死亡例がなく、それに反して、膿瘍の破裂した8例では、半数の4例が死亡しており、一般に膿瘍破裂例では高い死亡率が報告されている。

治療は合併症のない小さな膿瘍については、原則的には抗アメーバ剤の投与が第1選択である。抗アメーバ剤としては、エメチン、クロロキンに代わって、最

近では副作用の少ないメトロニダゾールが用いられ、経口投与で栄養型および嚢子の両者に有効である。

海外では、ドレナージの適応<sup>21)</sup>は、投薬に反応しない例や、横隔膜上昇、膿瘍腔増大など破裂の危険性の高いものとされており、ドレナージは膿瘍腔の縮小には関与しない<sup>26)27)</sup>とも言われ、ドレナージに対して消極的な報告が多い。一方、本邦では、本疾患がまれなためもあり、術前に診断がつかず、開腹または穿刺ドレナージが施行され、術後にアメーバ性肝膿瘍と診断され、抗アメーバ剤を併用した報告が多い。

腹部超音波、CTなどの画像診断が発達、普及し、肝膿瘍の存在診断が比較的容易になった現在では、ラテックス凝集反応などでアメーバ性であることを確認し、メトロニダゾールの投与を行うのが第1選択の治療法と考えられる。しかしラテックス凝集反応などの免疫血清学的検査や糞便検査によるアメーバ性肝膿瘍の確定診断が不可能な場合には、少い侵襲と高い安全性でもって行える穿刺ドレナージ、特に超音波ガイド下のPTADは、診断的意味を含めて、試みるべき方法ではないかと考える。本症例でも、PTADとメトロニダゾールの併用によって治療が得られた。

一方、いったん破裂し、合併症をおこした場合は、ドレナージの適応である。腹膜炎に対しては、開腹ドレナージが必要であり、膿胸に対しては、積極的に開胸ドレナージを考慮する必要もある。

#### IV. まとめ

海外滞在歴がなく、超音波ガイド下のPTADとメトロニダゾールの併用にて治療できたアメーバ性肝膿瘍の1例を報告した。さらに、われわれが集めた最近5年間の本邦におけるアメーバ性肝膿瘍26例につき検討を加えた。

#### 文 献

- 1) 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治療例—本邦3年間29例の文献的考察—。臨外 37: 1719—1723, 1982
- 2) 葉玉哲生, 調 丞治, 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
- 3) 佐藤直樹, 榊田隆久, 北野明宜ほか: アメーバ性肝膿瘍の3例の検討。日消外会誌 13: 744, 1980
- 4) 大下寿隆, 長谷川晴喜, 清水保孝ほか: アメーバ性肝膿瘍の2例。日消病会誌 77: 819, 1980
- 5) 佐藤健次, 勝呂徹, 山本國太郎ほか: アメーバ性肝膿瘍の1治療例。日消病会誌 77: 668, 1980
- 6) 前田省吾, 加藤良英, 坂元伸通ほか: アメーバ性肝

- 膿瘍の1例. 共済医報 29:510-515, 1980
- 7) 瀬尾威久, 相楽裕子, 和田 弘ほか: アメーバ症の3例. 感染症誌 54:214, 1980
  - 8) 砂川正勝, 和氣一夫, 具 栄作ほか: 急性腹症として開腹し確定診断が困難であった肝膿瘍の1例. 医療 34:790-793, 1980
  - 9) 藤沢和明, 上野裕己, 弥永龍琅ほか: 乳び腹水などの多彩な臨床像を呈したアメーバ性肝膿瘍の1例. 最新医 36:2483-2486, 1981
  - 10) 栗山 哲, 赤羽清彬, 大野岩男ほか: Metronidazoleが著効を示したアメーバ性肝膿瘍の1例. 内科 49:489-491, 1981
  - 11) 渡辺栄二, 水谷純一, 田代征記: 肝膿瘍の超音波診断—とくに鑑別診断—とくに鑑別診断および超音波診断について—. 臨外 36:1769-1776, 1981
  - 12) 網岡勝見, 後藤 司, 竹田 幹ほか: アメーバ性肝膿瘍の1例. 南大阪病医誌 30:92-96, 1982
  - 13) 内藤通孝, 国枝武英, 西脇 淳ほか: アメーバ性肝膿瘍の1例. 臨外 27:1465-1468, 1982
  - 14) 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
  - 15) 北村正次, 小野寺時夫, 増田剛太ほか: アメーバ性肝膿瘍の臨床的検討. 最新医 38:543-548, 1983
  - 16) 滝澤 始, 高藤 繁, 常吉秀男ほか: 海外経験のない50歳男性に発症したアメーバ性肝膿瘍の1例. 内科 52:359-362, 1983
  - 17) 土井隆一郎, 今井史郎, 谷田亭一ほか: アメーバ性肝膿瘍の2症例. 外科診療 26:242-246, 1984
  - 18) 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, 1976
  - 19) Barbour GL, Juniper K: A clinical comparison of amebic and pyogenic abscess of the liver in sixty-six patients. Am J Med 53:323-334, 1972
  - 20) Ribaud JM, Ochsner A: Intrahepatic abscesses: Amebic and pyogenic. Am J Surg 125:570-574, 1973
  - 21) 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
  - 22) 石川浩一, 石田正純, 田中大平ほか: 外科学入門. 東京, 文光堂, 1980, p1004-1005
  - 23) Gathiram V, Simjee AE, Blamjee A et al: Concomitant and secondary bacterial infection of the pus in hepatic amoebiasis. S Afr Med J 65:951-953, 1984
  - 24) 増田正典, 高橋忠雄, 木谷威男ほか: 現代内科学大系(消化器疾患IV). 東京, 中山書店, 1964, p173
  - 25) Morris MN, Powell SJ, Elsdon-Dew R: Latex agglutination test for invasive amoebiasis. Lancet 27:1362-1363, 1970
  - 26) Robaey G, Fevery J, Vandepitte, J et al: Amoebic liver abscess. Report of 5 cases. Acta Clin Belg 38:295-301, 1983
  - 27) Lane MR, Nicholson GI: Amoebic liver abscess: An auckland experience. N Z Med J 97:187-190, 1984