日消外会誌 20（5）：1129～1131，1987年

腹腔内巨大嚢胞を形成した脾膿瘍の１例

近江八幡市民病院外科
小林　雅夫　　平川　一典　　中嶋　啓雄
井岡　二朗　　石橋　治昭　　田部　志郎

A CASE OF SPLENIC ABSCESS, FORMING A LARGE ABDOMINAL CYST

Masao KOBAYASHI, Kazunori HIRAKAWA, Hiroo NAKAJIMA, Jiro IOKA, Haruaki ISHIBASHI and Shiro TANABE
Department of Surgery, Ohmi Hachiman City Hospital

索引用語：脾膿瘍

はじめに

脾膿瘍は比較的まれな疾患で，本邦では25例の報告をみるのみである．従来は術前診断も困難であったが，近年コンピューター断層撮影（computed tomography, 以下CTと略す．），超音波診断の普及により術前診断も容易になってきた．

今回われわれら腹腔内に巨大嚢胞を形成し，術前診断困難であった脾膿瘍の１例を経験したので報告する．

症　例

患者：56歳，女．

主訴：発熱，心窩部痛．

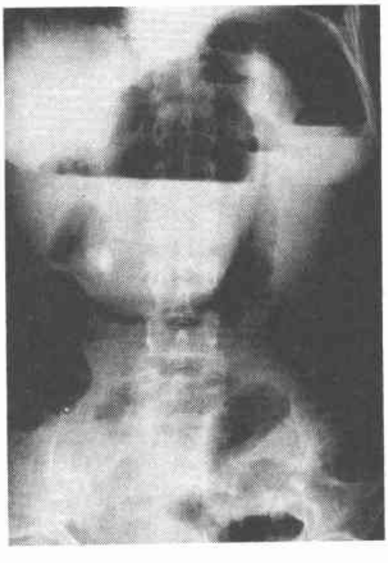
既往歴：慢性膵炎，糖尿病にて，昭和57年より本院内科にて，経口糖尿病剤の投与をうけている．

現病歴：昭和60年７月中旬より心窩部痛出現，７月25日早朝より心窩部痛増強，さらに，38.4℃の発熱をみるようになった．内科外来にて，抗生物質の投与をうけ，経過観察していたが，８月４日，全身倦怠，腹部膨満が出現，検査にて白血球数20,800/mm^3，血糖312mg/dlと上昇したため，８月５日，内科入院となった．

入院時現症：身長145.5cm，体重41.2kg，血圧134/60mmHg，脈拍102/min整，体温37.6℃，眼瞼結膜に軽度貧血を認めるが，眼球強膜に黄疸はなかった．表在リンパ節の腫張はなし．腹部は心窩部膨隆著明で打診にて鼓音を呈した．

入院後経過：入院時末梢血検査では，赤血球375×10^4/mm^3，白血球18,000/mm^3，CRP 6＋と炎症所見が認められた．腹部単純X線所見にて，鏡面像を伴う巨大なガス像を認めた（図１）．腹部CTにても腹腔内にガスならびに液の貯留を伴った巨大嚢胞を認めたが，確診しえなかった（図２）．注腸造影では，大腸の閉塞はなかったが，上部消化管の閉塞の疑いもあり，外科転科となった．ガストログラフィンを用いた胃透視では，嚢胞による胃の下方への圧排が著明であったが，上部消化器の閉塞もなく（図３）さらに，嘔吐なく，

図１　腹部単純X線像（立体）．鏡面像を伴なう巨大なガス像を認める．



＜1986年９月３日＞別刷請求先：小林　雅夫
〒602　京都市上京区河原町通広小路上ル梶井町465
京都府立医科大学第２外科

図2　腹部CT. 腹腔内に，ガスならびに液の貯留を伴った巨大囊腫を認める．

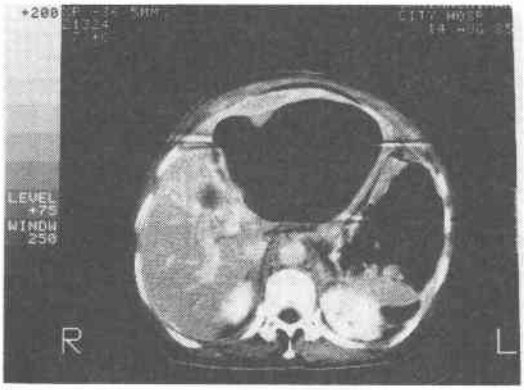
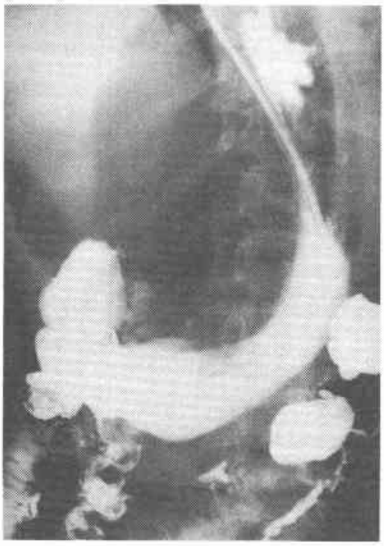


図3　ガストログラフィンを用いた胃X線像．胃は，下方に強く圧排されている．



排ガスも認めたため，巨大なガス像は，腸管ガスではないと判断，抗生物質，γ-グロブリン製剤の投与を行い経過をみたが，完全には解熱せず，8月16日，経皮経肝的に腹部エコー下に，囊胞穿刺施行，囊胞内にドレナージチューブを留置し，外瘻とした．穿刺時には淡茶色の膿汁約650ml を吸引，膿汁からは，大腸菌が検出されたが，アミラーゼ値は低く，また悪性細胞も検出されなかった．穿刺後，解熱とともに全身状態は改善され，また白血球数も7,400/mm^3と減少した．全身状態改善したため，さらに内視鏡的逆行性胆管膵管造影，腹部動脈造影を行ったが確診は得られず，9月25日，開腹術施行した．

手術所見：巨大囊胞は術前の穿刺排膿により消失していた．左上腹部は炎症性の癒着が強く，脾下極には，大網，結腸の癒着があり脾臓の剝離は非常に困難であった．剝離途中に脾臓左外側ならびに脾内部より8月16日穿刺時と同様に膿汁が約100ml 流出し，脾膿瘍の診断を得，摘脾を施行した．

剔出標本所見：脾臓の重量は300g，脾中央に約4 cm×4cm のチーズ状の壊死組織を認めた（図4）．

病理組織所見：壊死巣ならびにその周囲に非持異的な炎症性細胞の浸潤が認められた（図5）．

術後経過：経過良く，糖尿病のコントロールも食餌療法のみで可能となり，術後31日目に退院した．

図4　剔出標本．脾中央に，円形の壊死巣が存在した．

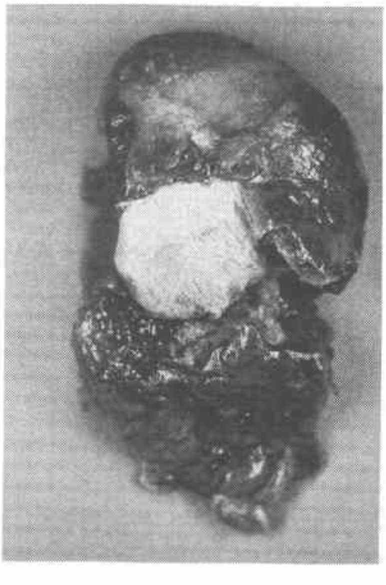
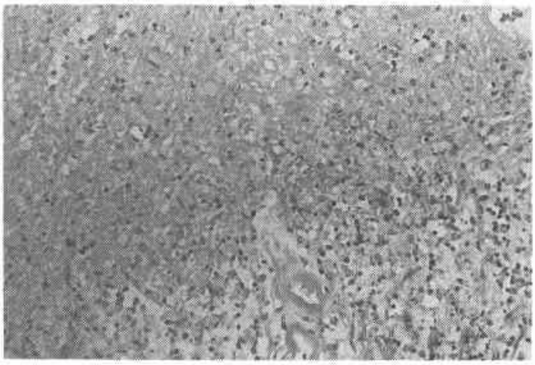


図5　病理組織像（200倍）．壊死巣ならびに，周辺に非特異的炎症性細胞の浸潤が，認められる．



考　察

脾膿瘍は，比較的まれな疾患で，松波ら[1]の集計によれば，本邦では，25例が報告されている．欧米では，Chulay ら[2]は，入院患者中0.01%，Chun ら[3]の剖検記録によれば0.14%～0.78%と報告されている．

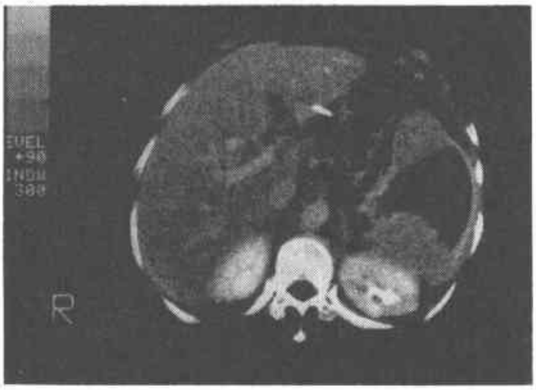
脾膿瘍には白血病，癌性腹膜炎，全身結核などの重篤な全身感染症の一部分としてみられる多発性脾膿瘍と，本症例のように脾臓にのみ孤立性に膿瘍を形成する孤立性脾膿瘍とがある．孤立性膿瘍の原因としては，①身体のどこかに感染巣があり，血行性に転移する場合．②外傷により血腫が形成され，血腫の2次感染より膿瘍が発生する場合．③脾周辺の腹腔内感染巣から直接炎症が波及する場合などが考えられるが，①の場合が最も多いと言われている[1]．脾臓にのみ孤立性に膿瘍を作る原因として Caldarera[4]は，ウサギを用いた実験において，健常な脾臓には，経静脈的に菌を感染させても膿瘍は，形成されないが，脾損傷あるいは，脾硬塞を人為的に作れば，膿瘍が形成されると報告している．本症例の場合は，最初の菌の感染部位に関しては不明であるが，摘出標本には，壊死巣が存在し，術前の血管造影では，不明であったが，糖尿病による血管性病変が，脾膿瘍の形成に強く関与していたものと考えられる．落合ら[5]も影響する基礎疾患の1つに糖尿病をあげている．

臨床症状としては，発熱，左上腹部痛，脾腫が一般的である．本症例では，発熱に加え，脾膿瘍の結果形成された巨大嚢胞による腹部膨隆が著明であった．

原因菌としては，連鎖球菌や黄色ブドウ球菌が多いが，最近の検査法の進歩とともに，嫌気性菌の報告もみられるようになっている[1]．本症例においては，膿汁より大腸菌が検出され，また嚢胞内に，多くのガスが存在していたことから，嫌気性菌も関与していたのではないかと考えられる．

脾膿瘍の診断には，超音波，CT による診断が，最も優れているが，本症例では脾膿瘍周囲に，大きな嚢胞が形成され，術前に，嚢胞の摘出には摘脾が必要とまでは，考えていたものの，脾膿瘍の診断は，下しえなかった．しかし穿刺排膿後の CT を，術後あらためて，見直してみれば，剔出標本の形態をよく表わしており，CT の有用性が示された（図6）．また，術前の診断ならびに，術前状態の改善のために，エコー下の穿刺，

図6　穿刺排膿後の腹部 CT. 巨大嚢胞は，消失，腫大した脾臓内に，低吸収領域が存在する．



排膿は，有効な処置であると考えられた．

治療としては，化学療法，穿刺排膿にて，治癒したとの報告[5,6]もあるが，脾摘を伴う排膿を行うことが原則である．本症例においても脾摘により治癒し，また一時悪化していた糖尿病も，食餌療法のみで，コントロール可能となった．

結　語

腹腔内巨大嚢胞を形成し，術前診断困難であった脾膿瘍の1例を経験し，脾摘により治癒させることができた．また脾膿瘍の形成に糖尿病による脾の血管病変が，関与しているのではないかと考えられた．

文　献

1) 松波英寿，後藤全宏，多羅尾信ほか：胆嚢炎，結腸憩室症（Graser's diverticulosis）を伴った脾膿瘍の1例．日臨外医会誌 46：1488—1493, 1985
2) Chulay JD, Lankerani MR: Splenic abscess, report of 10 cases and revew of theliterature. Am J Med 61：513—522, 1976
3) Chun CH, Raff MJ, Contreras R et al: Splenic abscess. Medicine 59：50—60, 1980
4) Caldarera E: L'ascesso acute della milza. Ann Ital Clin 16：953—994, 1937
5) 落合慎一郎，武内義久，藤井　茂ほか：CT により診新しえた脾膿瘍の1例．外科 44：979—981, 1982
6) Dylewski JD, Portnoy J, Mendelson J: Antibiotic treatment of splenic abscess. Ann Int Med 91：493—494, 1979