

化膿性肝膿瘍の腹腔内破裂の1例

中国労災病院外科

田代 裕尊 真田 修 後藤 孝彦
矢野 健次 表原 多文 高橋 信

A CASE OF THE RUPTURE OF PYOGENIC LIVER ABSCESS INTO THE PERITONEUM CAVITY

Hiroataka TASHIRO, Osamu SANADA, Takahiko GOTO,
Kenji YANO, Tamon OMOTEHARA and Makoto TAKAHASHI
Department of Surgery, Chugoku Rosai Hospital

索引用語：化膿性肝膿瘍腹腔内破裂，経門脈性肝膿瘍，汎発性腹膜炎

はじめに

化膿性肝膿瘍は化学療法の発達した今日でも臨床上しばしば遭遇する疾患である。しかしながら肝膿瘍が腹腔内へ破裂することは少なく，特に急性腹症で発症した症例では術前診断は困難で，臨床症状も重篤である¹⁾。今回われわれは，病理組織学的に経門脈性感染が確認された肝膿瘍腹腔内破裂の1例を経験したので，若干の文献の考察を加えて報告する。

症 例

患者：65歳，男性。

主訴：腹痛，黄疸。

家族歴：特記すべきことなし。

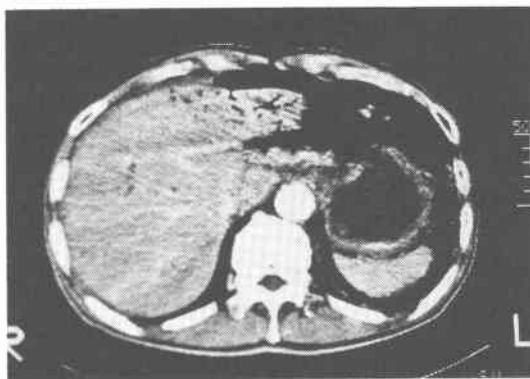
既往歴：6年前より糖尿病にて経口糖尿病薬を内服中であった。

現病歴：昭和63年1月19日より上腹部痛あり近医受診し，生化学的検査にて GOT 252U/L，GPT 91U/L と肝機能異常を指摘される。1月22日黄疸に気づき，さらに上腹部痛増強のため再度近医受診し，腹部全体の著明な圧痛と筋性防御を認め，当科へ紹介された。

来院時所見：体温38度，全身皮膚の黄染著明，腹部は全体に圧痛著明で筋性防御を認め，腸雑音は聴取しなかった。

来院時検査成績：白血球7,500/mm³，総ビリルビン25mg/dl，直接ビリルビン23mg/dl，GOT 539U/L，GPT 442U/Lであった。立位腹部単純X線写真では左横隔膜下に遊離ガス像を認めた。

図1 CT：肝左葉外側区域に多発性の air bubble を認める。



腹部超音波検査：肝左葉外側区域に直径3cm大の辺縁不明瞭な高エコー像あり，さらにその周辺に散在する点状の高エコー像を多数認めた。また肝表面には遊離ガス像も確認され，さらに肝内胆管の軽度拡張を認めた。

腹部 computed tomography (以下 CT) 検査：肝左葉外側区域に約3cm大の低吸収像とその周辺に点状の低吸収像を認めた(図1)。

以上よりガス産生型肝膿瘍の腹腔内破裂による汎発性腹膜炎の疑いと診断した。

手術所見：昭和63年1月23日開腹術施行。上腹部中切開にて開腹した。腹腔内に少量の膿性浸出液あり，肝左葉，小網，胃小弯に膿苔の付着を認めた。肝左葉外側区域に肝膿瘍穿孔部あり，その部より膿汁とガスの排出を認めた。肝膿瘍は肝左葉外側区域に局限して

<1989年4月12日受理>別刷請求先：田代 裕尊
〒737-01 呉市広多賀谷1-5-1 中国労災病院外科

図2 術中写真：肝左葉外側区域に穿孔部を認める。

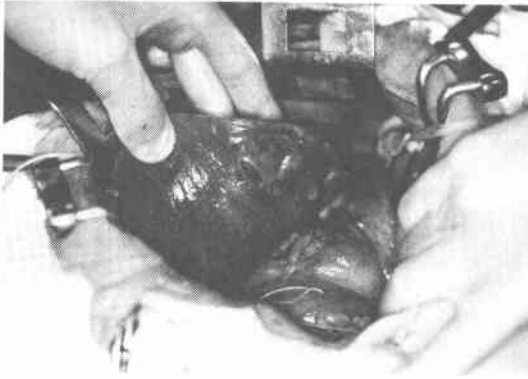


図3 肝左葉外側区域の切除標本：5×3cm 大の肝膿瘍あり，エラスターの先端は穿孔部である。

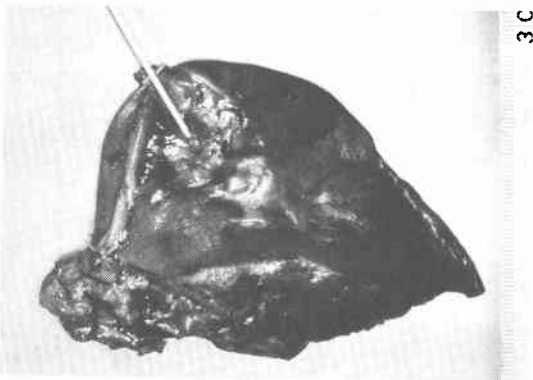


図4 摘出胆嚢および胆汁：胆嚢は腫脹し，膿性の胆汁を認める。

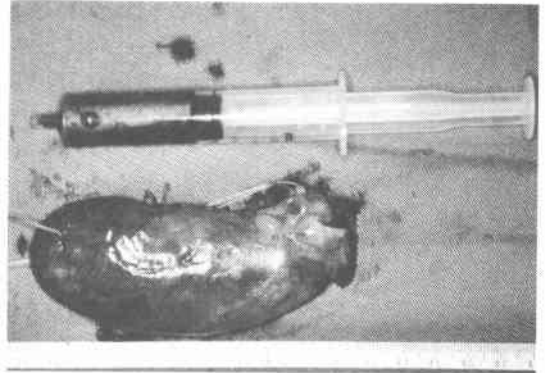


図5 切除肝の病理組織：膿瘍内および膿瘍周囲に大小の気腔を認める。

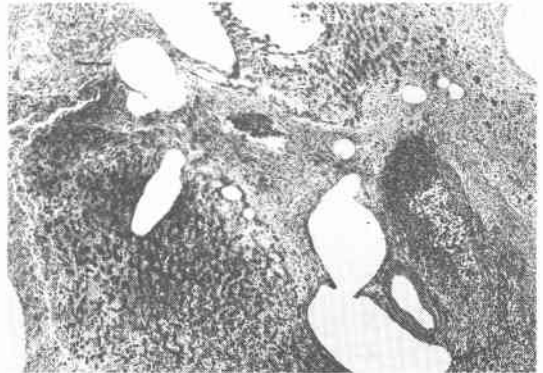
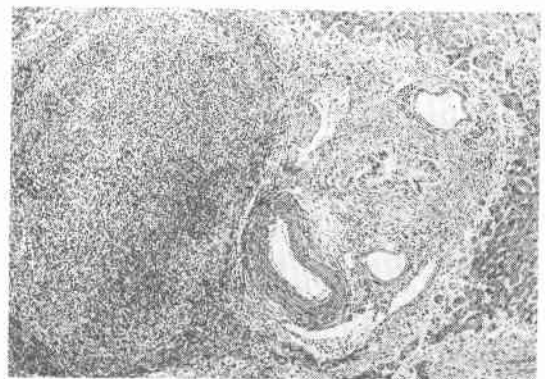


図6 切除肝の病理組織：膿瘍周囲の肝組織の Glisson sheath には門脈枝に急性の化膿性炎症像を認める。



より肝左葉外側区域切除を施行した。さらに胆嚢は発赤腫脹し，総胆管も軽度拡張し総胆管切開を加えるに膿性胆汁の排出を認めたために，胆嚢摘出術を行い総胆管内を十分に洗浄した後 T チューブドレナージを付加した。また術中胆道造影では総胆管末端部における病変は認めず，虫垂その他腸管にも特に異常所見を認めなかった（図2，3，4）。

胆汁培養結果：Clostridium perfringens と Pseudomonas cepacia が検出された。

病理所見：切除肝組織には5.5×3.5cm 大にわたる肝組織壊死を認め，同部には3cm 大の壊死性空洞を伴っていた。組織学的には，肝組織の広範囲にわたる融解壊死巣を認め，同部には好中球の核破壊物を伴う壊死物と，気腔よりなる大小の空洞を認めた。また周囲の肝組織には，グリソン鞘内の門脈枝に急性の化膿性炎症像あり，同時に摘出された胆嚢には粘膜の剝離を伴う急性炎症像あり内腔には膿の貯留を認めた。以

上より，胆嚢蓄膿および経門脈性化膿性肝膿瘍の腹腔内破裂と診断した（図5，6，7）。

図7 摘出胆嚢の病理組織：胆嚢粘膜上皮は剥脱し、全層にわたる急性炎症像を認める。



術後経過：化学療法は術後セフサチゾキム4g/day 7日間、その後スルバクタム・セフォペラゾン4g/day 7日間行った。総ビリルギンは術後1日目16mg/dl、1週間後10mg/dl、2週間後1.4mg/dlと低下した。術後3週目Tチューブ造影には異常所見を認めず、術後4週目にTチューブを抜去した。患者は入院後98日目に軽快退院した。

考 察

隣接臓器または体腔への穿通・破裂を合併した肝膿瘍は予後不良である。この肝膿瘍穿通・破裂の合併症はアメーバ性肝膿瘍について多く報告され、特にEgglestonら²⁾の報告では83症例の中で36症例(43%)にこの合併症を認め、さらにその中で15例が腹腔内へ破裂し7例(46%)が死亡している。一方、化膿性肝膿瘍においてはこれらの合併症は比較的少なく、外国にてはこれらの合併症について詳しく検討された報告は少なく、Pittら³⁾がこれらの合併症を伴うものは予後不良であると言及しているのみである。また本邦においてもこれらの合併症について近藤ら⁴⁾により検討されているのみである。近藤らは肝膿瘍の穿通・破裂症例の全国集計61例を検討し細菌性ものは31例でその中で腹腔内へ破裂したものは15例でありさらにそのなかで7例(46%)が死亡していると報告している。

化膿性肝膿瘍の感染経路は特発性および続発性(経門脈性、経胆道性、総動脈性、直連性)に分類されている⁴⁾。

従来、化膿性肝膿瘍は、急性虫垂炎などに続発する経門脈性感染によるものが多数を占めていた。しかしながら、近年抗生物質の進歩により経門脈性感染によるものは減少し、かわって経胆道性感染による肝膿瘍

が半数以上を占めるようになってきた。一方、原因不明の肝の小梗塞巣へ門脈血中の腸内細菌が感染することによって考えられている特発性肝膿瘍も20%前後と比較的多く認められている⁵⁾。本症は臨床的に経胆道性感染を疑ったが、病理学的にはむしろ経門脈性感染の像を呈した。また、本症の感染源となる原発巣は臨床病理学的に急性胆嚢炎が強く疑われ、さらに起炎菌として好気性菌の*Pseudomonas cepacia*と肝硬変、悪性腫瘍らの基礎疾患により容易に消化管バリアーを抜け血液中に入り内因性感染に至ることがある腸内常在菌で嫌気性菌の*Clostridium perfringens*⁶⁾の2種類が同程された。以上より本症の感染経路はまず好気性菌による急性胆嚢炎が発生し、次いで炎症が経門脈性に波及し、その部位で嫌気性状態が作られ*Clostridium perfringens*の感染を来し、肝膿瘍へと進展し、組織破裂、ガス産生を伴い胆過および腹腔内へ穿破したと考えられた。

肝膿瘍の腹腔内破裂は突然出現する激烈な腹痛すなわち急性腹症として発症することが多く、近藤らの報告にても60%は急性腹症として発症している。肝膿瘍の治療中突然汎発性腹膜炎症状を呈するものは、容易に診断が可能であるが、本症のように非特異的な短期間の前駆症状のあと突然出現する急性腹症の症例に対しては術前診断が非常に困難で、術前に肝膿瘍の腹腔内破裂と診断された症例は本邦では認められない。

しかしながら、近年CT、超音波検査の出現により急性腹症の患者に対してもこれらの検査が施行されるようになり本症のように急性腹症発症型の肝膿瘍腹腔内破裂症例も術前診断が可能となってきた。

肝膿瘍腹腔内破裂は絶対的手術適応である。本邦の報告例⁷⁾では全例開腹ドレナージ術にとどめられている。本症では外科的治療として、開腹ドレナージのほか、肝外側区域およびTチューブドレナージを施行した。胆道ドレナージは、経胆道性感染による肝膿瘍に対して不可欠である。しかしながら、本邦の報告例⁷⁾にては経胆道性感染による肝膿瘍腹腔内破裂に対して胆道ドレナージが施行されておらず、それらの肝膿瘍は全例死亡している。一方、本症は術後すみやかに閉塞性黄疸が解除されており、Tチューブドレナージは有効であった。胆道減圧術は経胆道性感染が示唆される症例や、他の感染経路による肝膿瘍でも膿性胆汁が認められる症例に対しては胆道ドレナージを積極的に付加すべきと考えられた。

結 語

経門脈性感染による化膿性肝膿瘍腹腔内破裂の1治療例を経験したので若干の文献的考察を加え報告した。

文 献

- 1) 近藤 哲, 蜂須賀喜多男, 山口晃弘ほか: 肝膿瘍穿通破裂について. 外科 43: 481—488, 1981
- 2) Egglston FC, Mohan V, Handa AK: The results of surgery in amebic liver abscess: Experiences in eighty-three patients. Surgery 85: 536—539, 1978
- 3) Pitt HA, Zuidema GD: Factors influencing

mortality in the treatment of pyogenic hepatic abscess. Surg Gynecol Obstet 140: 228—234, 1975

- 4) 佐々木憲一, 山田伸次, 田原章成ほか: 肝膿瘍; 病理急性肝膿瘍. 肝胆膵 13: 155—161, 1981
- 5) Lee JF, Block GE: The changing clinical pattern of hepatic abscesses. Arch Surg 104: 465—470, 1972
- 6) Katlic MR, Derkac WM, Coleman WA: Clostridium septicum infection and malignancy. Ann Surg 193: 361—364, 1980