

## 急性腹症を呈した激症型アメーバ性大腸炎の1例

名古屋市立大学医学部第1外科

赤毛 義実 水野 勇 市野 達夫 山本 哲也  
安井 保 板橋 雄二 真下 啓二 石川 周  
品川 長夫 由良 二郎

アメーバ赤痢は本邦ではまれな疾患であるが、炎症性大腸疾患の鑑別診断上重要な疾患の1つである。一般には下痢を主症状とする慢性の経過をとることが多いが、まれには症状が急激に進行して穿孔などの重篤な合併症を併発して不幸な帰転をとることもある。

今回、われわれは急性腹症を呈した激症型アメーバ性大腸炎の1例を経験したので報告する。症例は45歳男性で、主訴は右下腹部痛と水様性下痢。右下腹部の腹膜刺激症状と強い急性炎症所見があり、注腸検査で盲腸に潰瘍を認めた。確定診断には至らなかったが、症状が進行しており穿孔の危険があるので、急性腹症と判断し回盲部切除術を施行した。PAS染色で組織学的に栄養型赤痢アメーバを認め本症と確定診断した。本症は抗アメーバ剤によく反応するが診断が遅れば死亡率が高いので注意が必要である。本症例を経験し、炎症性大腸疾患の鑑別診断には本症を念頭におく必要があると痛感した。

**Key words:** amebiasis, fulminating amebic colitis, acute abdomen

### はじめに

最近、輸入感染症としての腸管感染症が増加していることは周知のところである。アメーバ赤痢は本邦では比較的多い疾患であるが、近年、男性ホモセクシャル間に性行為感染症として流行がみられており<sup>1)2)</sup>、炎症性大腸疾患の鑑別診断上重要な疾患の1つである。一般には下痢を主症状とする慢性の経過をとることが多いが、まれには症状が急激に進行して穿孔などの重篤な合併症を併発し不幸な帰転をとることもある<sup>3)~7)</sup>。今回、われわれは急性腹症を呈したアメーバ性大腸炎の1例を経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。

### 症 例

患者：45歳、男性。

主訴：右下腹部痛と水様性下痢。

家族歴：特記すべきことなし。

既往歴：1984年、急性虫垂炎にて虫垂切除術を受けた。1985年8月、胃癌にて胃全全摘術を受け、組織学的進行程度はstage Iであった。最近の海外渡航歴はない。

現病歴：1985年10月27日より何ら誘因と思われるもなく右下腹部痛をきたす。10月29日には腹痛の増強、頻回の水様性下痢、悪寒戦慄があり、当科を受診した。大腸炎の診断にて抗生剤投与で経過観察していたが、症状が増強してきたため、10月30日入院となった。

入院時現症：意識清明、体格中等度、栄養状態良好、体温38.6℃、脈拍84/分整、血圧134/72mmHg、貧血黄疸なく、胸部理学的所見に異常を認めなかった。腹部は平坦で上腹部正中と右下腹部に手術痕があり、右下腹部を中心に圧痛、反跳痛、筋性防禦を認めた。腸雑音は減弱していた。直腸肛門指診ではダグラス窩に軽度の圧痛があり、挿入指に黄色水様便の付着を認めた。

入院時検査成績：血液検査では白血球数12,700/mm<sup>3</sup>、血沈値60mm/1hr, 102mm/2hr, CPR(6+)と炎症所見を認めた。便潜血反応は陽性であった(Table 1)。胸部X線写真では小腸の腸管麻痺像を認めた。

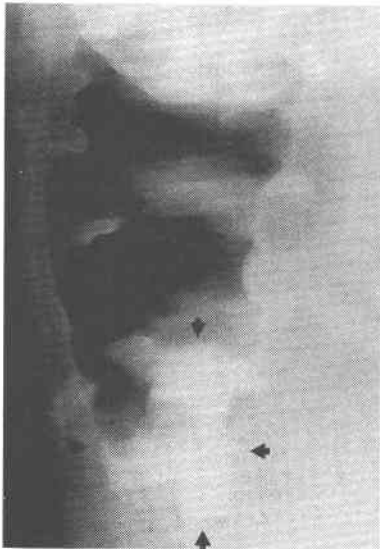
注腸検査：ガストログラフィンをを用いた注腸検査では、盲腸に類円形の潰瘍病変を認めた(Fig. 1)。

確定診断には至らなかったが、症状が進行性であり盲腸部の潰瘍に穿孔の危険があると判断し、10月31日緊急手術を施行した。

<1991年7月3日受理>別刷請求先：赤毛 義実  
〒467 名古屋市瑞穂区瑞穂町川澄1 名古屋市立大学医学部第1外科

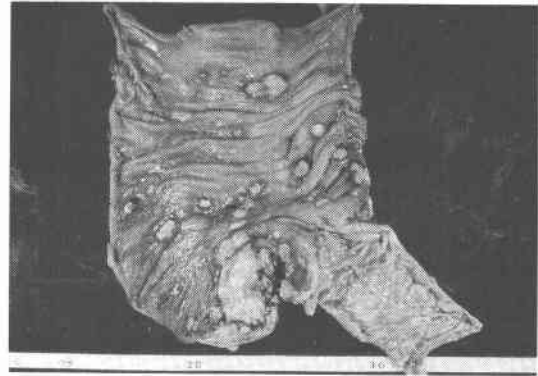
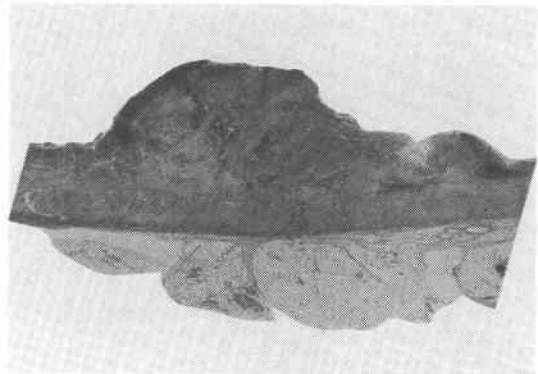
**Table 1** Laboratory findings on admission

RBC	442×10 <sup>4</sup>	/mm <sup>3</sup>	Na	135	mEq/l
Hb	13.0	g/dl	K	4.3	mEq/l
Ht	38.6	%	Cl	100	mEq/l
WBC	12,000	/mm <sup>3</sup>	Ca	8.7	mEq/l
St	14	%	BUN	10.0	mg/dl
Seg	66	%	Cr	0.9	mg/dl
Ly	14	%	TP	6.3	g/dl
Mon	5	%	T-Bil	0.4	mg/dl
Eo	0	%	GOT	20	U/l
Bas	1	%	Amy	175	U/l
Plat	33.1×10 <sup>4</sup>	/mm <sup>3</sup>			
ESR	60	mm/1hr			
	102	mm/2hr			Stool Occult Blood(+)
CRP	(6+)				

**Fig. 1** Gastrografin enema shows a large ulcer in the cecum. (arrows)

手術所見：傍腹直筋切開にて開腹を行った。腹腔内には炎症の波及と思われる少量の漿液性腹水を認めた。盲腸は炎症性に赤発しており、同部に潰瘍と思われる約5×5cmの硬結を触知した。壁が脆弱化しており穿孔の危険があるので、回盲部切除術を施行した。

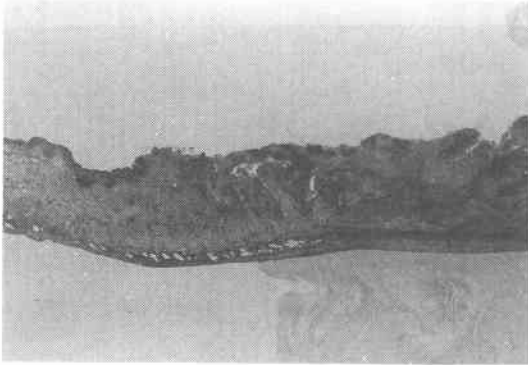
切除標本肉眼所見：盲腸から上行結腸にかけて、黄白色の膿苔に覆われた潰瘍を多数認めた。潰瘍は大小不同で類円形をしており、周囲の正常粘膜面より少し隆起していた。盲腸部の潰瘍は6×7cmと大きく、漿膜面まで炎症が波及していた (Fig. 2)。

**Fig. 2** Resected specimen. Multiple flask-shaped ulcers covered with yellow exudate in the right colon and a large ulcer (6×7cm) in the cecum are observed. Normal mucosa lies between the lesions.**Fig. 3** Histopathological findings in the flask-shaped lesion show active inflammation that is limited to the submucosal space. (H & E Stain, ×4)

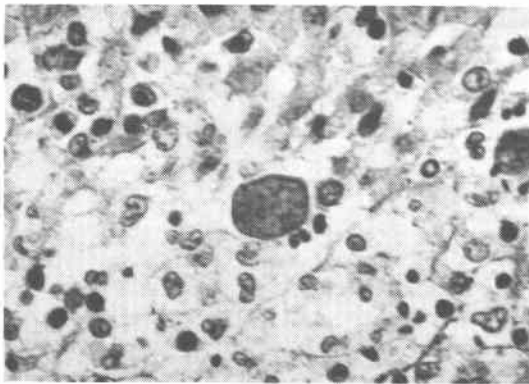
病理組織学的所見：病変部には炎症性細胞浸潤と滲出性変化を伴う強い変性壊死が認められ、潰瘍の深達度はU1-IからU1-IIIに相当していた (Fig. 3, 4)。PAS染色にて潰瘍辺縁の壊死部に赤く染った栄養型赤痢アメーバを確認した (Fig. 5)。

術後第14病日に組織学的診断にてアメーバ性大腸炎と確定診断されたので、患者は伝染病専門病院に転院となった。転院時の便検査で栄養型赤痢アメーバを認め、赤痢アメーバゲル内沈降反応も1,024と高値であった。メトロニダゾール1,500mgを5日間内服後の便検査で嚢子型を認めたので、さらにチニダゾール2,000mgを7日間内服し便検査は陰性化した。以後、外来で

**Fig. 4** Histopathological findings in the large ulcer show active inflammation invading the muscular layers with fibrinopurulent exudate. (H & E Stain,  $\times 4$ )



**Fig. 5** Histopathological findings show the trophozoites of *Entamoeba histolytica* with in the exudate. (PAS Stain,  $\times 400$ )



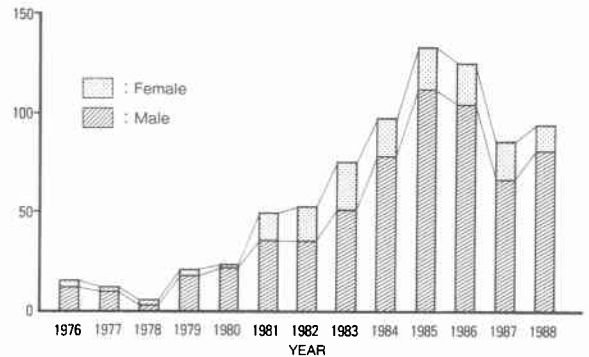
経過観察しているが再発徴候はない。

#### 考 察

アメーバ性大腸炎は *Entamoeba histolytica* を病原体とする感染症であり、嚢子型を経口摂取することにより感染する<sup>8)</sup>。感染を受けても実際に発症するのは約5%で、残りの多くは cyst carrier の状態で存在している。発症しても一般に症状は軽く、不定の下痢を繰り返すのみで慢性の経過をとる場合が多い。しかし、6%から11%の症例では本症例のように急激な経過をとり、穿孔などの合併症を併発することが多いので注意が必要である<sup>9)~13)</sup>。

本症は本邦ではまれな疾患であるが、近年、海外渡航歴のない国内感染者が増加しており、男性ホモセク

**Fig. 6** Estimated cases of Amebiasis ay sex, 1976~88



シャル間に性行為感染症として流行がみられている<sup>12)</sup>。厚生省伝染病統計によると、終戦直後の500人を超える発生数から徐々に減少し1970年代には10人前後までに減少していたが、1979年より再び増加し始め1985年には137人とピークに達し、以後少し減少し現在では100人近い発生数である(Fig. 6)。患者の男女比を1979年より1989年までの10年間でみると約4対1と男性に多く、男性ホモセクシャル間に性行為感染症として流行しているという報告と一致する。

臨床症状は慢性型では粘液や血液の付着する便、軽度の下痢、軽度の腹痛などが主症状であるが<sup>8)</sup>、激症型では粘血性下痢、強度の腹痛、腹膜刺激症状と激しい症状を呈する<sup>9)</sup>。さらに症状が進行し、穿孔性腹膜炎、中毒性巨大結腸、多臓器不全などを呈し不幸な転帰をとる場合が多い<sup>3)~7)9)</sup>。

好発部位は盲腸、次いで上行結腸、直腸、S状結腸、横行結腸の順である<sup>9)</sup>。

本症の診断には注腸検査と内視鏡検査が有用であるが、炎症性大腸疾患の鑑別診断においてまず本症を念頭におくことが必要である。病期により所見が大きく変化するが、注腸検査では類円形の中心陥凹をともなう小隆起病変が散在性に多発している所見が特徴的であり<sup>14)</sup>、内視鏡検査ではタコイボ様の黄白色の膿苔に覆われた類円形の小隆起病変が特徴的である<sup>15)</sup>。内視鏡検査は特に有用で、正常な粘膜間にタコイボ様潰瘍が散在性に多発している所見があれば本症と診断できる<sup>15)</sup>。

確定診断には生検組織または便検査で栄養型赤痢アメーバを確認することが必要であるが、その他に、ゲル内沈降反応などの血清学的診断も有用である<sup>16)</sup>。

治療はメトロニダゾールなどの抗アメーバ剤投与に

よる内科的治療が主体であり、特に、激症型では穿孔などの危険があるので早期診断、早期治療が必要である<sup>9)</sup>。外科的治療の適応になるのは、激症型症例で抗アメーバ剤投与にかかわらず48時間から72時間以内に症状の改善がみられない症例や穿孔などの合併症を併発した症例である<sup>11)</sup>。手術が必要となった症例では死亡率が40%から100%と高く、手術が必要になる前に早期診断、早期治療をすることが必要である<sup>9)</sup>。

本症は盲腸が好発部位で右下腹部に腹膜刺激症状を認めることが多いので、急性虫垂炎や憩室炎と誤診されることが多い。このような症例では抗アメーバ剤の投与が遅れ、症状が進行し死亡率が高くなるので注意が必要である<sup>4)5)</sup>。また、粘血性下痢があり潰瘍性大腸炎と誤ってステロイド剤を投与すると、症状が急激に増悪し、肝膿瘍、穿孔などの合併症を併発し不幸な転帰をとる場合が多いので<sup>3)</sup>、注意が必要である。

本症例では症状の進行が急激で盲腸部の潰瘍に穿孔の危険性があったので、確定診断には至らず回盲部切除術を施行した。アメーバ大腸炎と確定診断されたのは、PAS染色による組織診断で術後第14病日であり、その間は抗アメーバ剤の投与ができておらず、症状が進行する危険性があった。本症例を経験し、炎症性大腸疾患の鑑別診断には本症を念頭におく必要があると痛感した。

本論文の要旨は第216回東海外科学会総会(1986年2月、名古屋市)で発表した。

#### 文 献

- 1) 高田季久：赤痢アメーバ症。最新医 44：730—736, 1989
- 2) Takeuchi T, Miyahira Y, Kobayashi S et al: High seropositivity for entamoeba histolytica infection in Japanese homosexual men: further evidence for the occurrence of pathogenic strains. Trans R Soc Trop Med Hyg 84: 250—251, 1990
- 3) 米村 健, 土屋周二, 益村 真：穿孔性腹膜炎を起したアメーバ赤痢の2手術例。日臨外医会誌

- 42: 322—328, 1981
- 4) 北村和也, 桑田克也, 佐々木義文ほか：激症型アメーバ性大腸炎の1例。臨外 40: 439—442, 1985
- 5) 酒井浩一, 北里誠也, 加来信雄ほか：激症型アメーバ赤痢の1例。日本大腸肛門病会誌 41: 836—841, 1988
- 6) 橋村秀親, 田中道代, 川合弘毅ほか：多発性腸管穿孔をともなった激症型アメーバ性大腸炎。日消病会誌 86: 1149—1153, 1989
- 7) 山崎具基, 坂本和宏, 谷藤公紀ほか：虫垂切除後に大腸穿孔ならびに肝膿瘍の破裂を併発したアメーバ赤痢の1例。日臨外医会誌 50: 1592—1599, 1989
- 8) 渡部迪男, 海老沢功：アメーバ赤痢。日医新報 2853: 14—19, 1978
- 9) Brooks JL, Kozarek RM: Amebic colitis: Preventing morbidity and mortality from fulminant disease. Postgrad Med 78: 267—274, 1985
- 10) Pittman FE, El-Hashimi WK, Pittman JC: Studies of human amebiasis: I. Clinical and laboratory findings in eight cases of acute amebic colitis. Gastroenterology 65: 581—587, 1973
- 11) Judy KL, Jackson F, Carolina S: Amebiasis presenting as an acute abdomen. Am J Surg 127: 275—279, 1974
- 12) Stein D, Bank S, Louw JH: Fulminating amoebic colitis. Surgery 85: 349—352, 1979
- 13) Vajrabukka T, Dhitavat A, Kichanata B et al: Fulminating amoebic colitis: A clinical evaluation. Br J Surg 66: 630—632, 1979
- 14) Matsui T, Iida M, Tada S: The value of double-contrast barium enema in amebic colitis. Gastrointest Radiol 14: 73—78, 1989
- 15) 丹羽寛文：大腸炎症性疾患—大腸疾患の内視鏡診断・その2。消外 5: 1917—1924, 1982
- 16) 竹内 勤, 小林正規：赤痢アメーバ症の血清学的診断法—とくにゲル内沈降反応について。医のあゆみ 115: 55—58, 1980
- 17) Grigsby WP: Surgical treatment of Amebiasis. Surg Gynecol Obstet 127: 275—279, 1974

### A Case of Fulminating Amebic Colitis Presenting as an Acute Abdomen

Yoshimi Akamo, Isamu Mizuno, Tatsuo Ichino, Tetsuya Yamamoto, Tamotsu Yasui, Yuji Itabashi,  
Keizi Mashita, Shu Ishikawa, Nagao Shinagawa and Jiro Yura  
The First Department of Surgery, Nagoya City University Medical School

We recently saw a case of fulminating amebic colitis presenting as an acute abdomen. A 45-year-old man was admitted to our department with pain in the right lower quadrant of the abdomen and diarrhea. The white cell

count was 12,700 and abdominal examination showed signs of peritoneal inflammation. A Gastrografin enema revealed a large ulcer in the cecum. In spite of the use of antibiotics, the patient's condition continued to deteriorate. Because of the increasing risk of perforation of the ulcer, an ileocecal resection was performed. The diagnosis was not determined until trophozoites of *Entamoeba histolytica* were found in the resected specimen by periodic acid Schiff staining. After the correct diagnosis was made, an antiamebic drug was administered orally. The patient was cured after 12 days of antiamebic drug therapy. Only when the correct diagnosis is made and the proper therapy instituted early enough is it possible to prevent the morbidity and mortality that attend fulminating amebic colitis. Therefore, we should make the diagnosis promptly and institute the appropriate treatment.

**Reprint requests:** Yoshimi Akamo The First Department of Surgery, Nagoya City University Medical School  
Mizuho-ku, Nagoya, 467 JAPAN

---