

腸閉塞で発症したクラミジア感染症 Fitz-Hugh-Curtis 症候群の 1 手術例

小松市民病院外科

松本 勲 高橋 一郎 品川 誠
吉田 政之 山崎 四郎 花立 史香

Fitz-Hugh-Curtis 症候群 (以下, FHCS と略記) はクラミジアや淋菌感染により引き起こされる肝周囲炎である。我々は FHCS から腸閉塞となり, 手術を必要とした興味ある 1 例を経験した。症例は 21 歳の女性。右季肋部から臍周囲の疼痛と嘔吐を認めた。腹部単純 X 線写真上著明な小腸拡張と鏡面像形成を認め, 腸閉塞と診断された。減圧チューブを挿入したが, 症状が遷延したため手術を施行した。腹腔鏡下に腹腔内を観察したところ, 腹壁と肝表面, 大網および腸管の間に violin string 状の癒着性索状物を多数認めた。この索状物が回腸を取りまき通過障害をおこしていた。また子宮および付属器の強い発赤を認めた。手術所見と血清クラミジアトラコマティス抗体陽性であることからクラミジア感染症による腸閉塞を伴った FHCS と診断した。近年性行為感染症としてクラミジア感染が増加しており, 性的活動性のある女性で右季肋部痛が先行する症例では FHCS の関与を念頭に置くべきである。

Key words: ileus, chlamydia trachomatis infection, Fitz-Hugh-Curtis Syndrome

はじめに

クラミジア感染症は本来泌尿器科や婦人科領域の疾患であるが, しばしば急性腹症として消化器外科医の手に委ねられることがあり, なかには腹膜炎の診断で緊急手術を受ける例もある¹⁾²⁾。特に右上腹部痛で発症し, 腹壁や横隔膜と肝被膜との間の癒着を伴う肝周囲炎を呈するクラミジア感染症, Fitz-Hugh-Curtis 症候群 (以下, FHCS と略記) は胆囊炎などと診断されている場合が少なくないと思われる。今回, FHCS を呈したクラミジア感染症が腸閉塞となって発症し手術を必要とした興味ある 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

症例: 21 歳, 女性

主訴: 右季肋部から臍上部痛, 嘔吐

既往歴, 家族歴: 特記すべきことなし。腹部手術の既往なし。

現病歴: 1997 年 3 月に入り右季肋部に軽度の疼痛を認めるようになった。徐々に疼痛は臍周囲に広がり,

嘔吐を繰り返すようになったため同年 3 月 13 日当院内科を受診した。

来院時現症: 身長 172cm, 体重 69kg。眼球, 眼瞼結膜に黄疸, 貧血なし。腹部はやや膨隆し, 触診上, 臍上方から右季肋部にかけて軽度の圧痛を認めたが, 筋性防御は認めなかった。聴診上, 腸蠕動の亢進を認めた。

来院時検査所見: 白血球 8,500/mm³, CRP 3.11mg/dl と炎症反応を認めた。そのほかの血液生化学検査や腫瘍マーカーは正常範囲内であった。ツ反は 3×3mm/13×10mm と偽陽性であった。

腹部単純 X 線写真所見: 著明な小腸拡張と鏡面像形成を認めた (Fig. 1)。

腹部 CT 検査所見: 小腸係蹄の著明な拡張があり, その先端部には収束した腸間膜と思われる腫瘤様陰影を認めた (Fig. 2)。

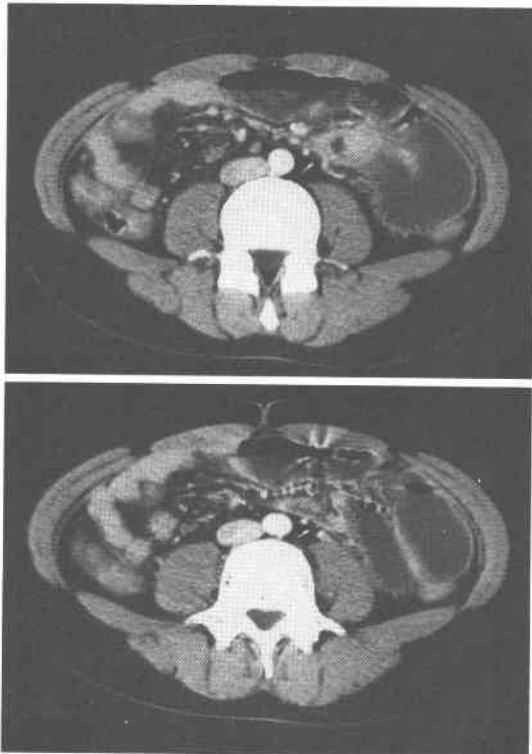
以上の所見から, 腸閉塞の診断にて入院し, 絶飲絶食の上, 鎮痙剤および抗生剤投与を行った。疼痛は徐々に軽減したが, 翌日になり小腸はさらに拡張し嘔吐も頻回となったため当科紹介となった。

当科転科後減圧チューブを挿入したところ腹部単純 X 線写真上小腸の拡張は軽減し, 排ガスや排便を認め

Fig. 1 Abdominal X ray showed dilatation of the small intestine and niveau formation.



Fig. 2 Abdominal CT showed clearly dilated intestinal loop and a tumorous shadow that was considered to be the converging mesentery.



るようになり腹痛や発熱は消失した。この時点で腸閉塞の原因を究明するため、減圧チューブより小腸造影を行った。

小腸造影 X 線検査所見：臍上部で回腸中部に狭窄部が存在し、その口側の腸管拡張は依然として残存していた (Fig. 3)。狭窄部の粘膜構造は維持されており外部からの狭窄であると考えられた。

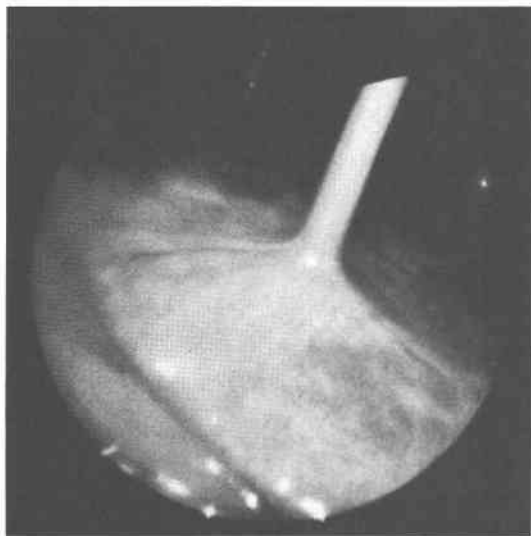
減圧チューブを抜去した後も排ガスはあり、腹痛や発熱は認めなかったが、腹部単純 X 線写真上小腸の拡張は残存し水分を摂取する毎に腹痛を起こすため 3 月 28 日手術を施行した。

手術所見：全身麻酔下にならず腹腔鏡下に腹腔内を観察したところ、腹壁と肝表面、大網および腸管の間に癒着性の索状物を認めた (Fig. 4)。大網と腸管の索状物が回腸を取り巻いている部位があり、この部で通過障害が認められた。腹腔鏡下に回腸を取り巻く索状物を切離したところ通過障害は解除された。しかし、子宮、付属器および虫垂に強い腫脹発赤を認め、これらの臓器の周囲にも癒着性索状物が多数認められた。このため開腹し十分に腹腔内を観察することとした。ダグラス窩に少量の漿液性腹水を認めた。腹腔内の癒着性索状物を丁寧に切除し他に腸管の通過障害が無いこ

Fig. 3 X-ray contrast examination through a long tube showed small intestine stricture in the central ileum, and dilatation of the intestine at the oral side still existed. The mucosal structure was maintained at the site of the stricture which was considered to be external.



Fig. 4 Laparoscope showed fibrous adhesion on the surface of the liver and abdominal wall.



とを確認した後、虫垂切除も併行し閉腹した。

術直後から腹部単純 X 線写真上小腸の拡張所見は消失し臍から右季肋部にかけての疼痛は消失した。

病理組織学的所見：切除した癒着性索状物は組織学的に充血した線維組織、肉芽組織の形成を認め、好中球あるいは泡沫細胞の浸潤がみられた (Fig. 5)。

また、索状物や腹水の培養は陰性であった。

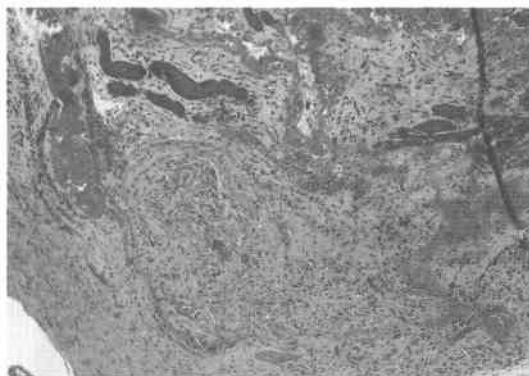
子宮および付属器の炎症と特徴的ないわゆる violin string 状の線維性癒着所見からクラミジアや淋菌の感染症を疑い、術直後からミノマイシン投与を行った。術直後の子宮頸管からの培養は陰性であったが、酵素免疫測定法による血清クラミジアトラコマティス IgG 7.99, IgA 4.36 と上昇していたためクラミジア感染症による腸閉塞を伴う FHCS と診断し、経口摂取開始後はレボフロキサシン投与を行った。

術後経過は良好で術後14日目に退院となった。

考 察

FHCS は当初淋菌が唯一の原因菌と考えられていた。しかし、クラミジア感染症の世界的な爆発的増加と相まって、Muller-Schoop の報告³⁾以来、近年ではクラミジアトラコマティスが主な原因菌であることが認識されている。FHCS では骨盤内のバンド状の癒着や既述のごとく腹壁や横隔膜と肝被膜との線維性癒着、いわゆる violin string 状の癒着が観察されるが、子宮および付属器の炎症と肝周囲炎には連続性がなく、さらに腸管との癒着はないといわれている⁴⁾⁵⁾。しかし、

Fig. 5 Microphotograph of the excised adhesive cords showed congested fibrous tissue, formation of granulomatous tissue and infiltration of neutrophils or foamy cells. (H.E. stain, ×25)



本例では大網や腸管との間にも広範囲に線維性の癒着があり、この癒着性の索状物が小腸を取り巻き通過障害を生じ腸閉塞となっており臨床上の観点からも極めてまれであり興味深い。

FHCS において性交渉による感染が連続性のない右上腹部へ進展する機序については一定の見解は得られていないが、①右傍結腸溝を經由した経腹膜行性の直接進展、②血行性進展、③後腹膜経由のリンパ行性進展が考えられている^{4)~6)}。①の直接進展説は原因菌が子宮頸管の円柱上皮細胞に感染し、頸管炎、さらに卵管炎、骨盤腔内炎と進行し、右傍結腸溝を經由し肝周囲へ炎症が波及するとの説である。本例では通常の FHCS とは異なるが子宮および付属器と肝周囲との間の炎症の連続性や腸管との癒着が存在し本説を肯定するものではないかと考える。ただし、本例で認めた癒着性索状物は病理学的には非特異的な炎症を伴う線維組織で培養も陰性であり、クラミジア感染との関連を示唆する所見を得ることはできなかった。また、男性同性愛者の直腸感染に基づく淋菌性肝周囲炎の報告があり⁷⁾、解剖学的に本説で説明することができない症例も存在する。②の血行性進展説については FHCS における肝周囲炎では炎症が肝被膜に限局し肝実質に波及せず、肝左葉も正常であることが多いこと⁸⁾や全身感染の報告がないことから可能性は低いと考えられる。③のリンパ行性進展説では後腹膜経由の肝被膜へのリンパ流が重要視されている⁴⁾⁶⁾が決定的なものではない。以上のように一元的に説明できる機序は現在の所明らかにはされていないがクラミジア感染に対する

臓器による感受性の相違が影響している可能性もあると思われる。

本症例においては血清クラミジア抗体陽性であり、手術所見とあわせクラミジア感染による FHCS と診断したが、術前に確定診断を行うことは極めて困難である。実際には腹腔内観察により子宮および付属器の炎症と特徴的な violin string 状の癒着所見を認めることにより FHCS と診断することがほとんどである。原因菌の同定は培養で検出することがもっとも確実であるが、クラミジア菌体の検出は技術的に困難である。したがって分泌液などの検体からクラミジアを抗原として検出する方法やクラミジア抗体の測定により診断を得ることが一般的である。また血清による抗体検査は簡便であり多用されている。しかし、血清のクラミジア抗体測定は補助診断としては有用であるが、治療前後の抗体価は不変であることが多く治療効果の判定には不向きである⁹⁾。FHCS の鑑別診断としては突然出現する右季肋部痛から胆嚢炎、体動や呼吸運動で増強することから胸膜炎と誤診されやすく注意が必要である。

FHCS ではテトラサイクリン系、ニューキノロン系、マクロライド系などの適切な抗菌剤の投与により速やかに治癒する。また、腹腔鏡で肝表面と腹膜間の線維性癒着を剝離するだけで腹痛が消失する⁹⁾¹⁰⁾ともいわれている。本例では遷延する腸閉塞のため腹腔鏡下に腹腔内観察を行い、小腸間の癒着も強かったため開腹に至ったが、試験的腹腔鏡手術や腹腔鏡下腸閉塞解除術が普及しつつある現在、診断と治療をかねて早期に侵襲の少ない腹腔鏡手術を行うことは有用な手段であると思われる。さらにセックスパートナーも治療することを忘れてはならない。

稿を終えるにあたり、病理組織学的検討に御指導頂きました金沢大学第1病理学教室、大井章史先生、小林雅子先生に深謝いたします。

文 献

- 1) 真田正雄, 鈴木 秀, 塚本 剛ほか: 急性腹症を呈した若年者クラミジア性腹膜炎の2症例. 日臨外医会誌 53: 968-971, 1992
- 2) 宗像周二, 南村哲司, 養場松年ほか: クラミジア感染症 Fitz-Hugh Curtis Syndrome の1例. 日臨外医会誌 55: 1430-1433, 1994
- 3) Muller-Schoop JW, Wang SP, Munzinger J et al: Chlamydia trachomatis as possible cause of peritonitis and perihepatitis in young woman. BMJ 1: 1022-1024, 1978
- 4) Keane JAN, McKimm RJ, David CM et al: Perihepatitis associated with pelvic infection: the Fitz-Hugh-Curtis syndrome. NZ Med J 95: 725-728, 1982
- 5) 酒井浩徳, 名和田新: XII. その他 Fitz-Hugh-Curtis 症候群. 別冊日本臨床領域別症候群 8. 肝・胆道系症候群. 肝臓編(下巻). 日本臨床社, 大阪, 1995, p430-433
- 6) Haight JB, Ockner SA: Chlamydia trachomatis perihepatitis with ascites. Am J Gastroenterol 83: 323, 1988
- 7) Fung GL, Silpa M: Fitz-Hugh and Curtis syndrome in a man. JAMA 102: 128, 1981
- 8) 岡 邦彦, 濱田悌二: 特集—クラミジア感染症の診断と治療. 産婦治療 69: 40-43, 1994
- 9) 山下幸孝, 梶村幸三, 梶山 徹: Chlamydia trachomatis 感染による肝周囲炎(Fitz-Hugh Curtis 症候群)と考えられた3例. 日消病会誌 83: 2612-2615, 1986
- 10) 水口泰宏, 土屋昭彦, 吉田 仁: Chlamydia trachomatis による Fitz-Hugh-Curtis 症候群の2例. 日消病会誌 93: 195-200, 1996

A Case of Fitz-Hugh-Curtis Syndrome Developed Ileus due to Chlamydia Trachomatis Infection

Isao Matsumoto, Ichiro Takahashi, Makoto Shinagawa, Masayuki Yoshida,
Shiro Yamazaki and Fumika Hanatate
Department of Surgery, Komatsu Municipal Hospital

Fitz-Hugh-Curtis syndrome (FHCS) is characterized by perihepatitis due to infection of Chlamydia or Gonococcus. We experienced an interesting case of FHCS which became ileus and required surgery. A 21-year-old woman was admitted to our hospital because of pain from the right epigastric region to the umbilical region, and vomiting. Clear intestinal dilatation and niveau formation were recognized on the abdominal X-ray, so she was diagnosed as having ileus. In spite of insertion of an ileus tube, the symptoms remained, so surgery was carried out. The laparoscope showed many violin-string type fibrous cords between the surface of the liver, the intestine, the omentum and the abdominal wall. This fibrous cord was wrapped around the ileum and hindered passage. The uterus and ovarium turned red. From the surgical findings and the presence of serous Chlamydia trachomatis antibody, she was diagnosed as having FHCS due to Chlamydia trachomatis infection, with ileus. Recently, Chlamydia infection as a venereal disease has been on the increase, and tests for FHCS should be administered to sexually active females who show right epigastralgia as in the above example.

Reprint requests: Isao Matsumoto Department of Surgery, Komatsu Municipal Hospital
60 Mukaimotoori-machi Komatsu, 923-8560 JAPAN
