症例

診断に難渋した大腸憩室穿孔による腸腰筋膿瘍の1例

松浦病院外科, 岐阜大学第2外科*

野 中 健 一 阿 部 達 彦 小 林 浩 司*

A Case Report of Iliopsoas Abscess Caused by Perforation of the Colonic Diverticulum

Kenichi NONAKA, Tatsuhiko ABE and Kohji KOBAYASHI*

*Department of Surgery, Matsuura Hospital, * : 2nd Department of Surgery,
Gifu University School of Medicine*

症例は、82歳の女性。腰痛を主訴に当院整形外科へ来院。骨粗鬆症の診断にて入院加療を開始されたが、疼痛、発熱は軽快しなかった。骨盤部CTにて左腸腰筋内と左腰背部にガス像を認め、MRIでは左腸腰筋大腿骨頭付近の腫脹と変性がみられた。以上より左腸腰筋膿瘍の診断で、腹膜外経路にて病巣郭清術とドレナージ術が施行された。術後、再び症状が増悪し、腸骨部の皮下に便臭を伴う膿の貯留を認めたため当科転科となった。膿瘍腔造影を行ったところ、左結腸への造影剤の流入を認め、大腸穿孔による腸腰筋膿瘍と診断した。人工肛門造設術と膿瘍腔ドレナージを施行し、症状は消失した。自験例は原因不明の発熱と腰痛がある場合には、腸腰筋膿瘍も念頭におき、消化管の精査を行う必要があることを示唆した症例と考えられた。

索引用語：腸腰筋膿瘍 (Iliopsoas abscess), 大腸憩室 (Colonic diverticulum), 穿孔 (Perforation)

はじめに

腸腰筋膿瘍は、抗生物質が普及した今日、比較的稀な疾患となっている。今回われわれは、大腸憩室穿孔によると思われる腸腰筋膿瘍の1例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

症 例

症例：82歳、女性。

主訴：左腰部痛。

既往歴：白内障、心筋梗塞。

家族歴：特記すべきことなし。

現病歴：平成9年3月末、腰痛を主訴に当院整形外科を受診した。骨粗鬆症の診断にて入院加療を開始されたが、症状軽減せず、5月末より発熱を伴うようになった。そこでCTなどの諸検査の結果、左腸腰筋膿瘍と診断され、腹膜外経路で病巣

郭清術とドレナージ術が施行された。しかし症状軽快せず、また腸骨部の皮下に便臭を伴う膿の貯留を認めたため7月2日当科へ転科した。

転科時現症：身長143cm、体重38kg、血圧112/50mmHg、体温37.2℃、脈拍80/分整。意識清明、胸部に理学的異状所見なし。腹部は平坦で、肝脾腎を触知せず。左腸骨部に圧痛を伴う腫脹と波動を認めた。しかし、下肢麻痺などの神経学的異常所見はみられなかった。

血液生化学検査：白血球数は18,300/ μ lと著増し、血小板は41,000/ μ lと減少していた。生化学的には総蛋白とアルブミンの低下を認めた (Table. 1)。

骨盤部CT検査：左大腰筋内に少量の、さらに左腰背部に中等量のガス貯留像が認められた (Fig. 1)。

骨盤部MRI検査：左大腰筋内にガス貯留像を

認め(Fig. 2a), さらに左大腿骨頭付近で腸腰筋の腫脹と変性が認められた(Fig. 2b)。

膿瘍腔造影: 膿瘍腔を経皮的に穿刺すると、便臭を伴う膿の排出を認め、造影すると左結腸内への造影剤流入が観察された(Fig. 3)。

以上の所見より左結腸の腸腰筋への穿通による腸腰筋膿瘍と診断し、全身麻酔下に緊急手術を施行した。

手術所見: 腹腔内には腹水、血液、糞便、膿汁の貯留は認められなかった。下行結腸を後腹膜より剥離授動するとS状結腸移行部近傍の腸管が後腹膜と癒着していた。癒着を剥離すると結腸憩室が腸腰筋と癒着し同部で穿通しているのが確認された(Fig. 4)。穿通部を経腹直筋的に腹腔外へ誘導し、一時的に双孔式人工肛門を造設し、併せて

Table.1 Laboratory data on admission to our department.

[Hematology]		ALP	297U/l
WBC	18,300/ μ l	LDH	415U/l
RBC	393 $\times 10^4$ / μ l	γ -GTP	20U/l
Hb	10.9g/dl	Amy	73U/l
Plt	4.1 $\times 10^4$ / μ l	BS	95mg/dl
[Blood chemistry]		BUN	14.0mg/dl
TP	3.7g/dl	Cr	0.6mg/dl
Alb	1.9g/dl	Na ⁺	136mEq/l
GOT	9U/l	K ⁺	2.8mEq/l
GPT	4U/l	Cl ⁻	95mEq/l

Fig.1 Plain CT examination: There was a small amount of gas shadow in the left major psoas-muscle, and a moderate amount one in the left lumbar region.

Fig. 2a

Fig. 2b

Fig.2 MRI findings: A gas shadow in the left major psoas-muscle and local swelling with mild degeneration were observed around the left iliopsoas muscle near by the head of femur.

Fig.3 Fistulography: Contrast medium revealed the intestinal fistula between abscess cavity and the left colon.

後腹膜腔ドレナージを施行した。

術後経過: 経過は順調で、歩行訓練を行った後、

Fig. 4 Operative findings: The perforated colonic diverticulum and involved iliopsoas abscess were observed around the sigmoid flexure region.

退院となった。人口肛門の閉鎖は本人の同意が得られた後に行う予定である。

考 察

腸腰筋膿瘍（以下、本症）は、医療環境の向上と衛生観念の普及により、今日では稀な疾患となってきた。本症は病因別に原発性と続発性に分類される。前者は他に明らかな感染巣がみられないものとされているが、潜在的な病巣よりの血行性、もしくはリンパ行性感染が推察されており¹⁾、糖尿病、肝炎、ステロイド剤の服用、AIDSなどの immuno-compromised host に多く発生すると考えられている。後者は、後腹膜に隣接した諸臓器からの炎症波及が主因であり、多科領域に及び疾患が報告されている²⁾。すなわち、整形外科領域では結核性膿瘍、骨髓炎など。泌尿器科領域では腎周囲膿瘍、腎腫瘍、膀胱腫瘍の転移など。婦人科領域では、出産後の子宮よりの上行感染などが知られている。一方、消化器外科領域では急性虫垂炎、憩室炎、Crohn病、大腸癌、膵癌などである³⁾⁴⁾⁵⁾。われわれが検索し得た限りでは、本邦報告例のうち消化器外科領域の疾患を原因とするものは過去10年間で22例で、その多くが腹膜炎症状を呈さず、さらに症状の発現が遅く診断に苦慮するため病歴期間が長いものであった。また原疾患としてはクローン病が9例と最も多く、次いで虫垂炎が5例であり、大腸憩室を原因とするものは自験例を含めて3例のみであった⁶⁾⁷⁾。

大腸憩室症は、日常遭遇する疾患で、井上ら⁸⁾⁹⁾によると、頻度は加齢と共に徐々に増加しており、さらに久保ら¹⁰⁾は経年的な増加傾向を示唆しており、今後さらに臨床の場で遭遇する機会が増えるものと予想される。合併症としては、出血、穿孔、狭窄、腹膜炎、憩室周囲炎、瘻孔形成、膿瘍などがある。このうち憩室周囲炎は憩室周囲の結合組織の炎症として始まり、その原因として憩室内に貯留した糞便による粘膜のびらんが挙げられる。多くの憩室炎は憩室周囲炎程度でとどまるが、さらに炎症が進めば限局性膿瘍を形成し、小腸、膀胱、子宮など隣接臓器との癒着が生じる。上記炎症が反復すると隣接臓器との間に瘻孔が形成される。今回の自験例も反復する憩室炎のため腸腰筋内へと穿破、穿通したものと考えられる。また、これらの合併症は右側大腸憩室症に比べ、左側大腸憩室症で頻度が高く、重症度も高くなる傾向を示し、自験例でも下行結腸からS状結腸への移行部付近の病変であり、治療に長期間を要した。

本症の症状は、1) 悪寒戦慄、2) 弛張熱、3) 患側の腰部および、股関節の痛み、4) 腰筋部、腸骨窩の圧痛、5) 患側股関節の屈曲拘縮（腸腰筋枝位）、6) 腸腰筋部の腫脹、硬結などであり、とくに4)、5)、6) が重要と考えられている。本症の約7割に腸腰筋枝位が認められるとされており、腸腰筋病変の存在を示唆する重要な所見である。自験例も発熱、患側の腰痛、腸腰筋枝位、腸腰筋部の腫脹が認められた。

検査は、一般血液検査やCT、MRI、超音波、腹部単純X線、注腸造影、大腸内視鏡、胸腰椎X線、DIPなどの画像検査が主体で、必要に応じてGaシンチグラフィーが施行される。X線検査上、患側の腸腰筋陰影の腫大や不鮮明化、消失とDIPにて尿管の下1/3の内側への偏位が特徴的である。超音波検査では、echo free spaceを認め周囲との境界が明瞭であれば膿瘍と診断され、蜂窩織炎との鑑別が可能である。CT検査にて膿瘍は、筋肉の腫大、内部の低吸収域、低吸収域辺縁の弧状造影効果、周囲臓器の圧排、低吸収域内のガス像¹¹⁾¹²⁾¹³⁾¹⁴⁾などとして描出されるが、血腫、腫瘍にも同様の所見を認め、CTおよび超音波ガイドによる試験穿刺にて鑑別可能である。

原因菌として原発性の場合、ブドウ球菌が多数を占めるが、最近の症例では、グラム陰性桿菌、カンジダなどが報告されている¹⁵⁾¹⁶⁾。一方、続発性では、大腸菌などのグラム陰性桿菌が多く、自験例でもMorganellaとProteusが検出された。

治療は、術前診断が確定している場合は、腹膜外経路にて膿瘍を切開してドレナージする場合が多い¹¹⁾。続発性の場合は原因疾患の治療が優先され、ドレナージが併用される。

結 語

大腸憩室の穿孔によると考えられる、高齢者腸腰筋膿瘍の1例を経験した。不明熱、原因不明の腰痛を認める場合は、腸腰筋膿瘍も念頭に置く必要があると思われた。

参考文献

- 1) Finnerty RU, Vordermark JR 2d, Modarelli RO, et al: Primary psoas abscess: Case report and review of literature. J Urol 126: 108-109, 1981
- 2) 小林達則, 松田忠和, 吉井淳哲他: 腸腰筋膿瘍の1例. 臨外41: 1085, 1986
- 3) Hardcastle JD: Acute non-tuberculous psoas abscess. Br J Surg 57: 103-106, 1970
- 4) 山本隆祥, 森崎弘士, 北野 馨他: 腸腰筋膿瘍を形成したクローン病の1治験例. 共済医報23: 530-534, 1974
- 5) Feldberg MA, Koehler PR, Waes PF: Psoas compartment disease studied by computed tomography. Radiology 148: 505-512, 1983
- 6) 和田朋之, 工藤哲治, 藤富 豊: 12年にわたり発熱と腰痛を繰り返した腸腰筋膿瘍の検討. 大分医学会誌13: 48-51, 1994
- 7) 藤澤貴史, 友藤喜信, 黒田信稔他: 多発性隆起性病変を伴った回腸憩室炎の1例. 日消病会誌93: 481-486, 1996
- 8) 井上幹夫: 大腸憩室疾患の疫学と臨床. 外科46: 1003-1010, 1984
- 9) 井上幹夫: 大腸憩室疾患の現状. 薬理と治療13 (Suppl): 1-11, 1985
- 10) Kubo A, Ishiwata J, Maeda Y, et al. Clinical studies on diverticular disease of the colon. Jpn J Med 22: 185-189, 1983
- 11) 三宅裕子, 河野 敦, 土谷文子他: Retrofascial space病変のCT. 臨放線27: 1339-1345, 1982
- 12) Jeffrey RB, Callen PW, Federle MP: Computed tomography of psoas abscesses. J Comput Assist Tomogr 4: 639-641, 1980
- 13) Ralls PW, Boswell W, Henderson R, et al: CT of inflammatory disease of the psoas muscle. AJR 134: 767-770, 1980
- 14) Gerzof SG, Rebbins AH, Birkett DH: Computed tomography in the diagnosis and management of abdominal abscess. Gastroint Radiol 3: 287-294, 1978
- 15) 永野重郎, 富士武史, 米延策雄他: 最近経験した化膿性腸腰筋炎の2症例. 臨整外20: 199-202, 1985
- 16) Oster MW, Gelrud LG, Lotz MJ, et al: Psoas abscess localization by gallium scan in aplastic anemia. JAMA232: 377-379, 1975