診断に苦慮した腸腰筋膿瘍の2例

九州中央病院整形外科

奥田 隆司・岩 渕 亮

Pyomyositis of Iliopsoas Muscle: 2 Case Reports.

by

Takashi Okuda and Ryo Iwabuchi

Department of Orthopedic Surgery, Kyushu Central Hospital.

Ryomyositis is rarely encountered these days in nontropical countries such as Japan. Recently, we experienced two cases of pyomyositis of the iliopsoas muscle, one of which was a 46-year-old man, the other a 50-year-old woman. They had both been unable to walk because of severe lumbago and pain in the left leg. Complications or accompanying symptoms confused the typical signs of the abscess of the iliopsoas muscle. Therefore, the correct diagnosis was delayed. CT scan confirmed the abscess formation of the left iliopsoas muscle in both cases.

緒 言

腸腰筋膿瘍は、現在では稀な疾患であるため、臨床症状を理解していても、診断が遷延しやすい。特に、合併症のため、典型的症状を示さない場合、適確な診断を下すのは非常に困難と思われる。我々は、複雑な臨床症状を呈した腸腰筋膿瘍を2例経験したので報告する。

<症例1> 46才 男性。

既往歴：8才 被爆。

現病歴：昭和58年10月29日、急に腰痛を症し近医受診。

坐骨神経痛の診断を受け、内服薬、坐薬の投与を受け、疼痛は一時軽快した。しかし、数日後より腰痛及び左下腿痛が増強し、歩行困難となって、同年11月8日、当科へ入院した。

入院時現症：胸部異常なし。腹部では、左下腹部に圧痛を認めた。腹膜刺激症状なし。左股関節は軽度屈曲位をとっていた。下部胸椎及び腰椎棘突起に叩打痛があり、左下腿へ放散痛を認めた。左下腿全体、特に左大腿前面に知覚障害を認めた。(図1)

検査所見：28°C 台の弛張熱。血沈98mm/125mm, WBC 22900/mm³, RBC 383×10⁴/mm³, HB 12.0g/dl, CRP (6+), R.A. (-)。生化学、検尿正常。動脈血培養

(一)。

X線所見：胸腰椎の椎体破壊や椎間板狭小化は認めなかった。腸腰筋陰影は腹部ガス像の為、判読できなかった。

入院後経過：脊椎炎、硬膜外膿瘍、腸腰筋膿瘍などの化膿性疾患を疑い、セフェム系を中心とした抗生物質投与を開始した。白血球増多は次第に改善したが、血沈や臨床症状がまったく改善しないため、CT検査を施行した。CT検査により、左腸腰筋の腫大と low density area が認められ、腸腰筋膿瘍が強く示唆された。(図2)

手術時所見：左大腿神経及び左外側大腿皮神経は周囲組織と強く癒着していた。特に左大腿神経は、癒着組織により絞扼され、中枢部が膨隆していた。左大腿神経下にある、腸腸筋々膜を切開し吸引すると多量の膿が排出された。(図3) 膿の細菌培養は陰性であった。恐らく抗生物質の長期投与によると思われる。

<症例2> 50才 女性。

主訴：左下腿痛、歩行困難。

既往歴：43才 遺残胎盤で子宮全摘。

44才 糖尿病 食事療法のみ。

現病歴：昭和58年12月18日、自宅の掃除后、炬燵で休息していて、急に腰部～左大腿痛出現。近医で坐骨神

図1 ×印…圧痛部, 斜線部…知覚障害部分

図2 左腸腰筋の腫大と low density area (矢印)

図3 左大腿神経(太矢印)は周囲組織と強く癒着していた。小矢印は左大腿側皮神経。

経痛の診断を受け、坐薬を使用するも軽快せぬため、昭和59年1月4日、当科入院。

入院時現症：胸部異常なし。腹部では、右季肋部及び左側腹部から左下腹部に抵抗のない圧痛を認めた。第4, 5腰椎棘突起に圧痛、叩打痛があり、左殿部へ放散痛があった。左上殿神経及び左坐骨神経圧痛(+). 左大神経伸展テスト及びバラゼーク症候(-). 左股関節は軽度屈曲位をとり、内外旋運動が中等度に制限されていた。左大転子部叩打痛(+). 知覚障害はなかったが、左足趾の底背屈力が低下していた。(図4)

図4 ×印…圧痛部位

検査所見：38～39℃台の弛張熱。血沈99mm/122mm, 白血球20000/mm³, 赤血球415×10⁴/mm³, Hb 12.4g/dl, CRP 6(+), RA(-). 生化学では、Al-p 29.8単位, LAP 326単位, γ-GTP 145単位, Na 129mEq/dl, K 3.8mEq/dl, Cl 86mEq/dl が異常値を示した。検尿では、糖(卅), 潜血(卅), アセトン(卅), 沈渣で白血球100以上/1視野であった。動脈血培養は陰性であった。X線所見：腰椎, 左股関節には異常なかった。

入院後経過：尿路感染症と左化膿性股関節炎が主体で、これに坐骨神経痛の症状が加わったものと考えた。酵素活性の異常は、非細菌性の軽い胆管炎によるものと思われた。抗生物質療法により、尿所見のうち、潜血や白血球数は著明に改善した。しかし、左下腹部の圧痛、左股関節の可動制限はまったく改善しなかった。そのうち、左殿部に波動を触れるようになった。穿刺により膿が吸引された。そこで、CT検査を施行した

値する。Schecter らは、腸腰筋膿瘍10例のうち、股関節屈曲位を6例に、腹部の圧痛を9例に認めている。本症例では、ともに左下腹部に圧痛があった。

血液検査所見では特徴的なものはないが、我々の症例では、全身状態のわりに、白血球増多が著明である印象を受けた。

通常のレントゲン写真は、腹部のガス像などの為、腸腰筋陰影が不鮮明になることがあり、必ずしも有用とは思えない。CT撮影は改めて述べるまでもなく、確定診断や経過観察をする上で非常に有用である。

予後は良好であるが、toxemiaによる死亡例も報告されているので、早期に切開排膿をする必要がある。

参 考 文 献

- 1) Altrocchi, P. H. : Spontaneous bacterial myositis. J. A. M. A. 217 : 819-820, 1971.
- 2) 天児 : 神中整形外科学, 南山堂, 1972.
- 3) Adams, R. D. : Disease of muscle. A study in pathology. Harper & Row pub., inc. 318, 1975.
- 4) 葛谷 : 糖尿病のすべて, 南江堂. 541-547, 1971.
- 5) 西野 : 原発性急性化膿性筋炎の統計的観察, 北越医学会誌, 48 : 893-909, 1933.
- 6) Schecter, W., et al : Tropical pyomyositis of the iliacus muscle in american samoa. J. Trop. Med. Hyg. 32 : 809-811, 1983.

発 言

福岡大学 葉山 泉

CT検査の時 Contrast Enhancement をすれば周囲の筋や Capsule が enhance され、膿瘍をより明瞭に描出できると思います。