●〈症例〉

腹腔鏡下手術で止血に難渋した Fitz-Hugh-Curtis syndrome の1例

落合 高德¹⁾ 長浜雄志 丸山道生 高島 格
長谷川久美 夏井信輔 片田雅孝 江渕正和
高田 淳子²⁾

¹⁾東京都立大久保病院 外科, ²⁾同 婦人科

〔Key Words〕Fitz-Hugh-Curtis syndrome, 腹腔鏡

はじめに

近年、鏡視下手術は開腹術と比較して低侵襲であるため、適応が拡大している。臨床的に原因不明の腹膜炎に対して、腹腔鏡下手術を試みたが、開腹せざるを得なかったFitz-Hugh-Curtis Syndromeの1例を経験した。

症 例

患者：18歳，女性。

主訴：上腹部痛，不正出血。

既往歴，家族歴：特記すべきことなし。

現病歴：2001年9月中旬より腹痛，不正出血を認めたが，近医の婦人科で異常なしと診断されていた。10月2日より上腹部痛があり，急性腹症の診断で緊急入院した。なお，同年6月より風俗店でアルバイトをしていた。

入院時身体所見：身長162cm，体重52kg，血圧114/52mmHg，脈拍92/min，体温36.6℃。眼瞼結膜に貧血を認めたが，黄疸は認めず，上腹部に圧痛，反

跳痛を認めたが，筋性防御は認めなかった。

入院時検査所見：血液生化学検査はほぼ正常であったが，WBC：10,000/ μ l，CRP：9.4mg/dlと炎症反応を認め，RBC：203×10⁴/ μ l，Hb：6.0g/dl，Ht：17.3%と貧血著明。Plt：51.1×10³/ μ l，PT：67%，APTT：41.9 secと若干出血傾向を認めていた。また，HBV，HCV，ワ氏，HIVは陰性だった。腹部超音波検査とCTで，腹水を肝下面，Douglas窩に認め（Fig. 1, 2），婦人科での経膈エコーでは，明らかな子宮や卵巣の腫大は認めなかったが，Douglas窩穿刺で淡黄色の腹水を採取した。抗生剤投与で症状改善せず，翌10月3日腹腔鏡下試験開腹術を行った。

手術所見：腹腔鏡挿入時，やや褐色な黄色粘潤な腹水を腹腔内全般に認め，上腹部の腹膜に大網が一部癒着していたが，体位変換により腹膜から剝がれ，出血を認めた（Color 1）。Fitz-Hugh-Curtis syndromeを念頭に置き，虫垂炎を除外診断するため，回盲部付近の小腸を正中側に寄せて虫垂を確認したところ，骨盤内からの出血を認めた（Color 2）。出血点が確認できず，コントロールが困難となったため，下腹部正中切開にて開腹した。右卵管が炎症性に充血し，同部からのびまん性の出血を認めた。アビテンフラワーを出血点に散布，圧迫止血を行った後，手術を終えた。

術中に提出した腹水の培養は陰性だったが，術直後の血清*Chlamydia trachomatis*のIgG抗体が7.56，IgA抗体が7.71と高値を示し，*Chlamydia trachomatis*による汎発性腹膜炎，Fitz-Hugh-Curtis syndromeと診断した。術後はミノマイシンを投与，腹部症状は軽快し，術後10日で軽快退院した。

考 察

*Chlamydia trachomatis*感染が，子宮頸管炎から子宮内膜炎，付属器炎，骨盤腹膜炎をきたし，肝周囲炎

Fig. 1 Upper abdominal enhanced CT revealed ascites of the lateral side of the liver.

Fig. 2 Pelvic enhanced CT revealed ascites of fossa of Douglas.

にまで進展したものをFitz-Hugh-Curtis syndrome¹⁻³⁾という。臨床症状は、帯下、不正性器出血、下腹部痛、発熱、右上腹部痛を認める。厳密には、確定診断には開腹または腹腔鏡にて肝表面と腹壁との間の線維性癒着を証明し³⁾、同部から*Chlamydia trachomatis*の検出が必要とされているが⁴⁾、臨床の場合では頸管擦過スミアで*Chlamydia trachomatis*抗体を検出するか、血清*Chlamydia trachomatis*抗体価(IgA, IgG)、臨床症状より診断し、テトラサイクリン、ニューキノロン、マクロライド系の抗生剤などが有効とされる⁵⁾。

本症例では、Fitz-Hugh-Curtis syndromeと虫垂炎を念頭に置いて、臍下部、右側腹部、左下腹部に12mmのトロッカーを挿入し、仰臥位から左側臥位の体位をとれるように手術に望んだが、十分な視野がとれず、炎症のため脆弱になった卵管からのびまん性出血を認めた。腹腔鏡下手術は低侵襲であるが、術中、困難に遭遇した場合には、開腹術へまよわず移行することが重要である。

文 献

- 1) Curtis AH: A cause of adhesion in the right upper quadrant. JAMA 94: 1221-1222, 1930.
- 2) Fitz-Hugh T: Acute gonococcal peritonitis of the right upper quadrant in women. JAMA 102: 2094-2096, 1936.
- 3) Muller-Schoop JW, Wang SP, Munzinger J, et al: Chlamydia trachomatis as possible cause of peritonitis and perihepatitis in young women. Br Med J: 22, 1022-1024, 1978.
- 4) Wolner-Hanssen P, Svensson L, Westrom L, et al: Isolation of Chlamydia trachomatis from the liver capsule in Fitz-Hugh-Curtis syndrome. N Engl J Med 306: 113, 1982.

- 5) 山下幸孝, 梶村幸三, 兼松雄象, 他: 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. 日消誌, 83: 2612-2615, 1993.

A case of conversion from laparoscopic to open surgery due to massive bleeding in patient with Fitz-Hugh-Curtis syndrome.

Takanori Ochiai¹⁾ Takeshi Nagahama
Maruyama Michio Itaru Takashima
Kumi Hasegawa Shinsuke Natsui
Masataka Katada Masakazu Ebuchi
Junko Takada²⁾

An 18-year-old-woman was admitted to our hospital complaining of the abdominal pain on 2 October, 2001. Ultrasonography and CT revealed massive ascites.

Emergent laparoscopic operation was performed on the following day. Yellowish brown sticky ascites was recognized in the whole abdominal cavity and right oviduct was reddish, inflammatory and easy to bleed. The patients was diagnosed as Fitz-Hugh-Curtis syndrome. Bleeding from right oviduct could not be controlled, therefore we converted to open surgery and controlled bleeding.

As the laparoscopic procedure has been popular, the surgeon must have the capability to make decision of conversion to open surgery under the appropriate circumstances.

¹⁾Department of Surgery, Tokyo Metropolitan Ohkubo Hospital.

²⁾Department of Gynecology, Tokyo Metropolitan Ohkubo Hospital.

〈カラーは10頁に掲載〉