●〈症例〉

胃に穿通した肝膿瘍の1例

村上 敬¹⁾ 佐々木 淳 中庭礼智 川久保嘉昭
水井智和 渡辺 純夫²⁾

¹⁾越谷市立病院／消化器科, ²⁾順天堂大学／消化器内科

〔Key Words〕肝膿瘍, 消化管穿通

和文要旨

症例は60歳男性, 平成20年5月下旬より心窩部不快感と発熱が続き, 6月26日に当科外来を受診した。腹部CT検査で肝左葉の肝膿瘍と診断, 緊急入院となった。肝膿瘍を穿刺, ドレナージし解熱, 症状も消失したが, 突然の心窩部痛があった。造影検査とCT検査で胃への瘻孔形成が確認され, 内視鏡検査でも穿通部位を認めた。肝膿瘍が消失し胃への瘻孔も閉鎖した。肝膿瘍の消化管への穿通は稀であり報告する。

はじめに

肝膿瘍は重篤な感染症で, 膿瘍の穿刺吸引, ドレナージを行い, 起因菌を特定して適切な抗生物質を投与することが予後改善のために重要である。肝膿瘍の合併症として胸腔, 腹腔, 心嚢への穿孔, 穿通が知られているが¹⁾, 消化管に穿通したとの報告は少ない。我々は, 胃に穿通した肝膿瘍の1例を経験したので, 文献的考察を加え報告する。

症 例

患 者: 60歳, 男性。

主 訴: 発熱と心窩部不快感

既往歴・家族歴: 特記すべきことなし

現病歴: 平成20年5月下旬より39~40℃台の発熱と心窩部不快感を認めた。感冒と考え総合感冒薬を内服していたが改善なく, 食欲不振も加わり6月26日に当科を受診した。血液検査で白血球, CRP上昇と肝機能障害を認め, 腹部CT検査で肝左葉外側の97×73×67mmの肝膿瘍と診断, 緊急入院となった。

入院時現症: 体温37.3℃, 血圧125/80mmHg, 脈拍102回/分・整。眼瞼結膜に貧血なく, 眼球結膜に黄疸なし。胸部に異常所見なく, 腹部は心窩部に圧痛を認めたが, 肝腫大や反跳痛はなかった。

臨床経過: 入院時の血液検査で白血球21,600/μl, 血沈一時間値115mm, CRP25.88mg/dlと著明な炎症所見

Table 1 Laboratory findings on admission.

血 学 :		生 化 学 :			
WBC	21.6 × 10 ³ / μl	ALP	2044 IU/l	Amy	60 IU/l
RBC	4.10 × 10 ⁶ / μl	AST	50 IU/l	Na	133 mEq/l
Hb	11.9 g/dl	ALT	73 IU/l	K	5.1 mEq/l
Ht	36.4 %	LDH	158 IU/l	Cl	96 mEq/l
PLT	44.6 × 10 ⁴ / μl	γ-GTP	222 IU/l	T-Chol	106 mg/dl
血沈	115 mm/hr	CHE	137 IU/l	腫瘍マーカー :	
CRP	25.88 mg/dl	CPK	17 IU/l	AFP	1.3 ng/ml
凝固能 :		T-Bil	1.1 mg/dl	CEA	1.2 ng/ml
		TTT	1.5 U	CA19-9	<2 IU/ml
PT	14.4 秒	ZTT	9.0 U	HBs Ag	(-)
APTT	36.2 秒	TP	7.3 g/dl	HCV Ab	(-)
		Alb	2.2 g/dl	HIV1/2	(-)
		BUN	24.5 mg/dl	RPR定性	(-)
		Cr	1.57 mg/dl	TP定性	(-)
		Glu	113 mg/dl		

を認め, 生化学検査では軽度の肝機能障害を認めた (Table 1)。cefoperazone sodium・sulbactam sodiumを投与し, 肝膿瘍の穿刺ドレナージと細菌培養を行った。膿瘍より *Streptococcus milleri* group (3+), *Eikenella corrodens* (3+), *Fusobacterium* sp. (3+), *Prevotella (β.) oris* (3+) が検出され, 好気性菌と嫌気性菌の混合感染であった。抗生物質とドレナージにより解熱し, 白血球, CRP上昇も改善, 7月2日の肝膿瘍造影, 7月3日の腹部CTでも膿瘍の縮小が確認された。7月6日に突然の心窩部痛があり, 7月9日の肝膿瘍造影で肝外への造影剤の流出と, 胃への造影剤貯留を認め, 瘻孔形成が確認された (Fig. 1)。腹部CT検査でも同様の所見で, 肝膿瘍の胃への穿通と診断した。内視鏡検査では胃体下都前壁に発赤があり, 周囲粘膜の腫大と淡黄色の粘液付着を認め, 膿瘍よりICGを注入し瘻孔の開口部を確認した (Color 1)。lan-soprazoleを投与後に roxatidine投与。CRPが陰性化し, 肝膿瘍造影で膿瘍の消失と瘻孔閉鎖を確認後にドレナージを抜去した。内視鏡検査でも穿通部位は軽微な白色瘢痕となっていた (Color 2)。退院後, 再発もなく外来経過観察中である。

考 察

肝膿瘍の重篤な合併症として, 周囲臓器への穿孔や穿通があり, 消化管への穿通は0.1~3.8%と稀である²⁾。1983年から2008年までの間に検索しえた範囲では, 消化管へ穿通した肝膿瘍の報告は自験例を含め22例であった。年齢は12~77歳で, 男性が19例と多数を占めていた。膿瘍の占拠部位は肝右葉9例, 肝左葉14例で, 膿瘍の大きさは4~17cm (平均9.4cm), 穿通部位は十二指腸10例 (45.4%), 胃9例 (40.9%), 大腸3例 (13.6%) であった。病原菌は赤痢アメーバが14例で最も多く, 治療は抗生物質に加え, 経皮的膿瘍穿刺吸引術5例, 経皮的膿瘍ドレナージ術13例, 肝切除術9例で, 22例中21例が治癒した³⁾。また, 難治性であった肝膿瘍が消

化管へ穿通し、症状が軽快した症例も報告されていた⁴⁾。肝膿瘍の消化管への穿通は必ずしも重篤な合併症とはいえ、膿瘍のドレナージ効果があり、予後が良好となったと考えられた。また、瘻孔形成により発症した胃の潰瘍性病変は深く、周囲が発赤、腫大した炎症性変化の強い下掘れ潰瘍と報告されているが²⁾、自験例の瘻孔閉鎖後の内視鏡所見は、胃の変形や皺壁集中のない、軽微な白色瘢痕であった。抗生物質とドレナージが有効であったことに加え、プロトンポンプインヒビターやH₂受容体拮抗剤の投与により潰瘍性病変が早期に治癒したためと考えられた。

肝膿瘍が胃への穿通を認め、内科的治療で治癒した稀な1例を経験したので報告した。

文 献

- 1) 松井芳文, 三好弘文, 角田洋三, 他: 肝膿瘍破裂の一例. 埼玉医会誌, 25: 853—857: 1990.
- 2) Adams EB, MacLeod IN: Invasive amebiasis. II. Amebic liver abscess and its complications. Medicine 56: 325—334, 1977.
- 3) 富山恭行, 大元謙治, 吉岡菜穂子, 他: 細菌性髄膜炎を合併し、胃瘻孔を形成した肝膿瘍の1切除例. 日消誌, 104: 1512—1518: 2007.
- 4) 渡辺 章, 梅原松水: 十二指腸に穿通し治癒した肝膿瘍の1例. 埼玉医会誌, 29: 923—925, 1995.
(カラーは4頁に掲載)

Fig. 1 Contrast medium in the abscess cavity introduced through percutaneous hepatic abscess drainage tube, shows cavity and fistula formation.

A case of liver abscess complicated by hepatogastric fistula

Takashi Murakami¹⁾ Jun Sasaki
Noritomo Nakaniwa Yoshiaki Kawakubo
Tomokazu Mizui Sumio Watanabe²⁾

¹⁾Department of Gastroenterology, Koshigaya Municipal Hospital, ²⁾Department of Gastroenterology, Juntendo University School of Medicine.