アメーバ性肝膿瘍の 1 治験例

大森赤十字病院第 3 外科 井 磧 進 根 岸 征 示
 渡 辺 春 子 陳 晃
 同 内 科 高 橋 政 夫 及 川 達 郎
 同 放射線科 大 町 正 道
 同 病 理 中 島 利 子

A CASE OF AMEBIC LIVER ABSCESS

Susumu ISEKI¹, Seiji NEGISHI¹, Haruko WATANABE¹, Akira CHIN¹,
 Masao TAKAHASHI², Tatsuro OIKAWA³, Masamichi OHMACHI³
 and Toshiko NAKAJIMA⁴

Departments of ¹Surgery, ²Internal Medicine, ³Radiology & ⁴Pathology,
 The Japanese Red Cross, Ohmori Hospital, Tokyo

アメーバ性肝膿瘍は本邦では稀な疾患と考えられているが、われわれは最近本症の 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。

症例は 29 歳男子。昭和 52 年 8 月 2 日、感冒様発熱。8 月 8 日、弛張熱 (39~40°C) と右季肋部痛を訴えて入院。苦悶状顔貌を呈し、腹部膨満、右上腹部緊張、圧痛著明。WBC 20,800 AIK-P 25.2, T. Bil 0.5, GOT 24, GPT 38, CRP (+), 検便でアメーバ (-), 肝シンチ、右葉に巨大孤立性 SOL (Space Occupied Lesion) (+)。アメーバ性肝膿瘍の疑いで外科的肝ドレナージ、チョコレート様膿汁約 1,000cc、膿中アメーバ (-), 術後 Latex 凝集反応強陽性。フラジール、Tc, AB-Pc, DKB 投与。41 病日治癒退院。本症例は国際航空路線乗務員であり、外地感染が考えられる。膿、糞便中アメーバ (-) で、確定診断は Latex 凝集反応によった。

I. はじめに

アメーバ性肝膿瘍は従来熱帯地方に多く、本邦では稀な疾患と考えられていたが、近年海外との交流が自由になったこともあり、昨今では本症の報告例がやや増加している傾向がみられる。われわれは最近本症の 1 例を経験したので、症例の報告とともに若干の文献的考察を加える。

II. 症 例

患者：29 歳男子。

職業：国際航空路線乗務員。9 年前から東南アジア、大太平洋路線勤務。

家族歴：特記すべき事なし。

既往歴：生来健康、大腸炎等の既往は全くない。

主訴：弛張熱 (39~40°C)、右季肋部痛。

現病歴：昭和 52 年 8 月 2 日、感冒様発熱を来し、近医を受診し投薬をうけたが軽快せず、その後高熱と右季肋部痛が持続するようになった。8 月 8 日、当院内科に入院。発熱の原因不明のまま CET、プレドニンの投与をうけたが、全く無効であった。8 月 17 日、肝シンチグラム施行。肝膿瘍と診断。8 月 18 日、膿瘍破裂の恐れがあるため当外科に転科、緊急手術を施行。

入院時所見：体温 38.8°C、血圧 116~76mmHg。意識は清明で、顔面は紅潮し熱感を訴えていた。貧血、黄疸は認めない。胸部では心、肺野に異常はない。腹部は全体に膨隆し、右上腹部の腹壁は強く緊張し、圧痛著明で、肝辺縁は触知不能。

表 1 術前臨床検査成績

血液		血清学的	
赤血球	433×10 ⁴	ボールバネル反応	(-)
白血球	20,800	ウィダール反応	(-)
血色素	13.3g/dl	梅毒反応	(-)
ヘマトクリット	39%	AFP	(-)
血小板	21.9×10 ⁴	CRP	(+)
血液生化学		尿	
T. P.	7.6g/dl	蛋白	(+)
A/G	1.0	糖	(-)
ZTT	9.7u.	ウロビリノーゲン	(+)
TTT	0.9u.	細菌培養	(-)
T. Bil	0.5mg/dl	沈渣	異常なし
Al-P	25.2K Au.	糞便	
GOT	24u./ml	アメーバ(塗抹)	(-)
GPT	38 //	腸チフス菌(培養)	(-)
BUN	11.9mg/dl	赤痢菌(培養)	(-)
Na	137mEq/l		
K	4.6 //		
Cl	98 //		

検査所見：術前臨床検査成績は表1の如くで、貧血はなく白血球数20,800. T.P. 7.6g/dl, T. Bil. 0.5mg/dl, Alk-P 25.2K-AU., GOT 24U./ml, GPT 38U./ml. CRP (+), AFP (-). 糞便中、アメーバ(-), 赤痢菌(-), 腸チフス菌(-). 胸部レ線所見には異常は認めない. 腹部単純レ線写真で、右上腹部に全く腸ガス像がみられず、腫大した肝に一致すると考えられる均一な陰影を認める. 胃レ線写真では、胃が左下方え圧排されている. 肝シンチグラム (^{99m}Tc) では、右葉の Anterior superior Region に大きな単発性の space occupied Lesion (以下 SOL) を認める (図1).

手術所見：上腹部正中切開で開腹. 腹水はなく、腹膜炎の所見は認めない. 肝外胆道系、脾臓には異常はない. 肝臓は全体に腫大しており、表面平滑、やや軟、淡紅色を帯び、膿苔は認めないが、右葉は肋骨弓下5横指まで腫大. 肝右葉前上部が他の部位より軟かく、波動は不明なるも膿瘍の存在部位と考えた. よって右第8肋間、前腋窩線上で PTC-D 穿刺針 (14G) にて穿刺するに、チ ョコレート様、無臭、粘稠な膿汁を認めたが、膿汁が粘稠にて吸引が困難なため、穿刺孔を開大し20号フォーリーカテーテルを用いてドレナージを施行した. 膿汁量約1,000cc, 性状よりアメーバ性肝膿瘍が強く疑わ

図1 術前肝シンチグラム. 正面像
右葉に大きな SOL を認む

図2 手術所見 (52. 8. 18)

肝 右葉 2-3倍に腫大(肋弓下5QFB).
表面平滑、やや軟、膿苔(-).
波動不明、ant. sup. Area軟.
膿 約1,000cc
薄いチョコレート様、無臭.
アメーバ(塗抹)(-), 細菌(培養)(-).

れたが、膿汁の塗抹検鏡でアメーバは認められなかった (図2).

術後経過：図3に示す如く、発熱は第3病日には微熱程度となり、第7病日にはほぼ平熱となった. 膿瘍内のドレージからは、20~30cc/日の漿液性浸出液のみで膿汁は消失した. 術後の化学療法は、テトラサイクリン、AB ペニシリン、ジベカシンとアメーバ性肝膿瘍が強く疑われたため、第5病日よりメトロニダゾールを投与した. 第7病日に至り血清の Latex 凝集反応が図4に示す如く、強陽性に出たためアメーバ性肝膿瘍と確定した. 結局メトロニダゾール (フラジール) の投与は、第5病日より250mg t.i.d. 14日間、更に第25病日より750

図 3 臨床経過 Y.K. 29才 男

図 4 本症例の Latex 凝集反応. 強陽性.

図 5 術後 2 カ月目の肝シンチグラム
右葉の SOL 全く消失.

mg t.i.d. 10日間施行した。肝内ドレインの抜去は、瘻管造影で膿瘍腔の縮小と分泌物の消失をみたため第19病日に行なった。術後ロマノスコフと大腸注腸造影では異常所見なく、第41病日に治癒退院した。術後2カ月目の肝シンチグラムでは、図5に示す如く SOL 全く消失している。Latex 凝集反応は、術後5カ月でもまだ陽性を呈した。

III. 考 按

1) 頻度

赤痢アメーバ (*Entamoeba histolytica*) は、世界中広く分布し、本邦では比較的稀れと考えられているが、本邦人口の約5~10%位¹⁾は Carrier がいるといわれている。アメーバ性肝膿瘍の頻度は、大腸アメーバ症に比しはるかに低く、De Bakey & Ochsner²⁾ の20年間(1928~1947)の集計では、アメーバ症16,582例のうち肝膿瘍は8.1%、Sleisenger³⁾ によれば、最近では更に低く1%以下といわれている。

本邦における最近(昭和46~51)調査し得たアメーバ性肝膿瘍の報告例^{4)~10)}は、表2の如く臨床例13、剖検例4の計17例で、平均年齢は52.3歳、男女比は7.5:1である。外地での感染機会のあったものは約半数例で、われわれの症例も職業上外地感染と推測される。

剖検例については表3に示す如く、日本剖検輯報によれば、藤原¹⁴⁾の調査した昭和30年代に比し、昭和40年代(昭和41~50)は29例で半減している。

表2 最近における本邦アメーバ性肝膿瘍報告例
(昭46～昭51)

年度	臨 床 例		剖 検 例	
	肝膿瘍	大腸ア症	肝膿瘍	大腸ア症
昭 46	3		1	
47	1	2	1	
48			1	
49	2			1
50	6			
51	1		1	1
計	13	2	4	2

ア性肝膿瘍 17例
平均年齢 52.3才
♂:♀ = 7.5:1

表3 アメーバ性肝膿瘍の剖検例 (日本剖検報昭
41～50)*

年 令	23才～70才	平均53.6才
性 別	男 : 女 = 6.3 : 1	
剖検所見	肝膿瘍	13例 (44.8) %
	肝膿瘍+ア性大腸潰瘍	12 (41.4)
	肝膿瘍+肺膿瘍	3 (10.3)
	肝膿瘍+ア性大腸潰瘍 +肺膿瘍	1 (3.5)
	計	29

(*昭33～43, 藤原, 71例)

表4 アメーバ性肝膿瘍の本邦報告例 (昭46～51)

外地出向	有 6	無 6
主 訴	発熱、右季肋部痛 4	発 熱 1
	発熱、下痢、黄疸 1	上腹部痛 1
	発熱、ショック 1	上腹部腫脹 1
	発熱、肝腫大 1	
術前診断	ア性肝膿瘍(?) 4	肝 癌 1
	横隔膜下膿瘍 1	汎発性腹膜炎 1
	胆嚢炎、肝膿瘍 1	ショック 1
	肝 囊 腫 1	無 1
膿瘍の局在、数	右葉、単発 11(84.6%)、左、右不明2ヶ 1	
膿、アメーバ	(+) 8 (61.5%)	(-) 5 (38.5%)
糞便、アメーバ	(+) 3	(-) 3
治 療	エメチン クロロキン 5	フラジール 2
	エメチン クロロキン 2	抗アメーバ剤 1
	2	無 1
予 後	外 科 的 肝ドレナージ 10	外 科 的 肝ドレナージ+腹腔ドレナージ 3
	例 数	穿孔(+) 穿孔(-)
	治癒 8 (61.5%)	4
	死亡 5 (38.5%)	3
	計 13	7 6

2) 診断

先づ病歴からは、外地感染の機会、粘血便既往の有無が重要である。臨床的には、表4の如く発熱と右季肋部痛を訴えるものが多い。臨床検査所見では、多くの例で白血球増多が著明。肝機能検査で Alk-P の上昇するものが多いが、本症の決め手とはならない。黄疸は稀れである。肝シンチグラムは重要で、SOL が認められる。その他 CT スキャンニング、超音波診断、血管造影も大いに参考になる。確定診断は、膿瘍の穿刺、膿瘍壁の生検、糞便中にアメーバを証明することである。然しながら、膿汁や糞便中にアメーバを認めることは半数例以下であり、これらにアメーバ陰性の場合には、抗アメーバ剤投与による効果をみる所謂治療的診断法が用いられているが、血清学的診断法が決め手となる。

血清学的検査には、(1) Agar Gell Diffusion, (2) indirect Hemagglutination, (3) Complement Fixation, (4) Latex-agglutination 等があり、国外にてはその診断的意義は高く評価されている。本邦にては本症に対する血清学的検査は、従来一般的にはほとんど行われておらず、1977年に至りはじめて Latex 凝集反応を用いて診断した2～3の報告例^{25) 26)}がある。蔡¹⁷⁾ (1970) は間接血球凝集反応をアメーバ性肝膿瘍151例に施行し、全例に陽性を示し、本反応は本症に特異的で又補体結合反応、ゲル内沈降反応と対比し本反応がすぐれており、アメーバ性肝膿瘍の診断上高く評価さるべきことを強調している。又 Latex 凝集反応は (図6), Morris & Powell¹⁸⁾ (1970) によりアメーバ症に特異的であることが認められており、アメーバ性肝膿瘍で略々100%、大腸アメーバ症で96%陽性といわれている。われわれの症例は、膿汁、糞便ともにアメーバ陰性で、Latex 凝集反応によ

図6 アメーバ症における Latex agglutination Test*

(Morris, Powell, 1970)

SERAMEBA[®] kit, AMES Co., Elkhart, Indiana

表5 Discriminating Features in Liver Abscess

Finding	Comparison of Diseases	
	Amebic	Pyogenic
Males dominate	+++	0
Age over 50 years	+	+++
Chest findings	+++	++
Pleuritic chest pain	+++	+
Abdominal Pain in right upper quadrant	+++	+
Diarrhea	++++	+
Bloody diarrhea	+++	0
Jaundice present	++	+++
Number of abscess Cavities	Single	Multiple
Abscess in right lobe only	+++	+
Mortality	+	+++
Serologic Tests	+++	0
Foul odor to abscess fluid	+	+++

(Barbour, 1972)

り診断を確定した。実施は簡便、迅速で、われわれは SERAMEBA Kit* を用いた。

本症の鑑別診断には、細菌性肝膿瘍、横隔膜下膿瘍、肺膿瘍、肝癌等が注意を要する。肝膿瘍のアメーバ性と細菌性との鑑別は、必ずしも容易ではなく、Barbour¹⁹⁾ らは両者の鑑別点を表5の如く報告している。又ときには肝癌のなかで、Febrile Type²⁰⁾との鑑別上注意を要する。AFP、血清学的検査などが参考となる。

3) 治療

近年欧米にては、本症の治療は内科的に抗アメーバ剤のみで成功することが多く、ドレナージは混合感染の危険があるのでむやみに行わぬほうがよいと言われている。最近の薬物療法は、Powell²¹⁾によれば表6の如くである。本邦では昭和50年以降、エメチン、クロロキンが製造禁止で入手出来ず、メトロニダゾール（フラジール）は、著者の経験では非常に有効と思われる。

最近の本邦報告例（昭和46～51）の治療についてみると、大部分が外科的ドレナージと抗アメーバ剤の併用である。本症は近年では内科的疾患とまでいわれ、ドレナージの適応は非常に減少しているが、Bockus²²⁾によれば以下の場合が適応となる。（1）臨床症状から impending Rupture の危険のある場合、（2）抗アメーバ剤投与後72時間経過し効果不十分な場合、（3）左葉膿瘍で

表6 Drug therapy for Amebiasis (POWELL, 1972)

Drugs	Average Adult Dose (g)	Duration (Days)	Clinical Indication
Direct-acting Luminal Amebicides			
Quinine Derivatives			
* Diiodohydroxyquin	0.85 t.i.d.	20	Commensal State
Iodochlorhydroxyquin	0.25 t.i.d.	10	
Arsenical Derivatives			
Carbarsone	0.25 b.i.d.	10	"
Glycobiarsol	0.50 t.i.d.	7	"
Diloxanide furoate	0.50 t.i.d.	10	"
Indirect-acting Luminal Amebicides			
Antibiotics			
* Tetracycline	0.50 q.i.d.	10	Symptomatic intestinal
Oxytetracycline	0.50 q.i.d.	10	"
Erythromycin	0.50 q.i.d.	5-7	"
Tissue Amebicide Mainly Active in the Liver			
Chloroquine phosphate	(a) 0.50 b.i.d.	2	Extra intestinal
	(b) 0.25 b.i.d.	21	"
Tissue Amebicides Effective at all Sites			
Nitroimidazol Derivatives			
* Metronidazole	0.75 t.i.d.	10	Symptomatic intestinal and extra intestinal
Emetine	0.065 i.m. daily (1 mg/kg)	10	"
Dehydroemetine	0.065-0.1 i.m. daily (1.0-1.5 mg/kg)	10	"

* Drugs of choice

抗アメーバ剤に即時的な効果のない場合等があげられているが、

4) 予後

アメーバ性肝膿瘍の予後は、アメーバの毒性、宿主の抵抗力、感染の病期、膿瘍の数、合併症の有無、治療方法等に左右されるといわれている。本症は細菌性肝膿瘍に比し予後は比較的良好で、De Bakey & Ochsner²³⁾ (1951)によれば、死亡率は22.2%（多発膿瘍100%、単発膿瘍11%。合併症あるもの42.9%、合併症ないもの6.8%。外科的ドレナージ22.4%、エメチン+穿刺吸引4%）。又 Lamont²³⁾ (1958)によれば、本症の死亡率は6.4%。

本症は診断の遅れや治療に疑問があった場合には、予後が悪いようである。本症では膿瘍が破裂した場合には致命的な合併症となり、予後は甚だ不良である。Kean²⁴⁾は56例中37例即ち66.1%の死亡率を報告している。

IV. 結 語

29歳男性のアメーバ性肝膿瘍の1治療例を報告した。本症例は職業上外地域染と考えられ、胆汁、糞便中にアメーバ陰性にて、診断の確定は Latex 凝集反応によった。

本症の頻度、診断、治療等に関し考察を加えた。

稿を終えるにあたり、血清学的検査に関しご協力、ご教示をいただいた、東京大学医科学研究所、寄生虫研究部海老沢功先生に深謝します。

*AMES COMPANY, Division Miles Laboratories, Inc., Elkhart, Indiana 46514.

(本論文の要旨は、昭和53年3月18日、第688回外科学集談会において発表した。)

文 献

- 1) 新内科学大系, 感染症IV, 中山書店, 東京. p. 164, 1975.
- 2) De Bakey, M.E. and Ochsner, A.: Hepatic Amebiasis. A 20-Year Experience and Analysis of 263 Cases. Int. Abstr. Surg. 92(3): 209—231, 1951.
- 3) Sleisenger, M.H. and Fordtran, J.S.: Gastrointestinal Disease, Saunders, Philadelphia, 1973
- 4) 長瀬正夫, 南 一明, 瀬戸山元一: アメーバ性肝膿瘍の3例. 外科. 26(11): 137—143, 1971.
- 5) 飯村 達, 豊田哲夫, 森 正穂他: 肝膿瘍を併発した輸入アメーバ赤痢の1例. 感染症学雑誌 46(4): 122, 1972.
- 6) 五島博道, 田中 誠, 石原明徳他: アメーバ性肝膿瘍の1症例. 三重医学. 18(1): 54—56, 1974.
- 7) 別府倫兄, 橋本大定, 大谷五良他: アメーバ性肝膿瘍の1例. 日消誌, 71(3): 296, 1974.
- 8) 高木茂男: アメーバ性肝膿瘍の1例. 通信医学, 27(9): 552—553, 1975.
- 9) 伊藤孝一郎, 木村寿成, 山本桂一他: 27—29年前の外地感染によると思われるアメーバ性肝膿瘍の1例. 内科, 36(4): 710—713, 1975.
- 10) 河野幸裕, 水本竜二, 中瀬 明他: 最近経験したアメーバ性肝膿瘍の3治験例. 日消誌. 72(2): 210—211, 1975.
- 11) 沼野 健, 小林康郎, 小高通夫他: アメーバ性肝膿瘍, 医学の窓, 14(324), 1975.
- 12) 革島康雄, 枅岡 進, 板谷博之: アメーバ性肝膿瘍の1治験例. 日外会誌, 77(9): 1281, 1976.
- 13) 小島 章, 露崎和敏, 石塚敬太郎他: 肝膿瘍を伴った赤痢アメーバ症の1剖検例. 日内会誌, 60(7): 638—641, 1971.
- 14) 藤原誠喜, 若松淳一, 飯村 攻他: アメーバ赤痢の1剖検例. 北海道医学雑誌, 47(1): 123—125, 1972.
- 15) 筒井一哉, 原 義雄: 肺に穿孔したアメーバ性肝膿瘍の1剖検例. ガン新病誌. 13(1): 73—79, 1973.
- 16) 前原 修, 久永二郎, 高木 浩他: アメーバ赤痢による肝膿瘍の1剖検例. 日内会誌, 65(6): 616—617, 1976.
- 17) 蔡 深河: アメーバ性肝膿瘍の血清学的研究. 鹿児島大学医学雑誌. 22(3): 1—11, 1970.
- 18) Morris, M.N., Powell, s.J., Elsdon-Dew, R.: Latex Agglutination Test for invasive Amebiasis. The Lancet. 1: 1362—1363, 1970.
- 19) Barbour, G.L., Juniper, K.: A clinical comparison of amebic and pyogenic Abscess of The Liver in sixty-six patients. Amer. J. Med. 53: 323—334, 1972.
- 20) Bockus, H.L.: Gastroenterology. Vol III: 526 527, Saunders. 1976.
- 21) Bockus, H.L.: Gastroenterology. Vol IV: 180 183, Saunders. 1976.
- 22) Bockus, H.L.: Gastroenterology. Vol IV: 199 219. Saunders. 1976.
- 23) Lamont, N.M., Pooler, N.R.: Hepatic amebiasis: A study of 250 Cases. Quart. J. Med. 27: 389—412, 1958.
- 24) Kean, B.H., Gilmore, H.R., and Van Stone. W.W.: Fatal amebiasis: Report of 148 fatal Cases from the Armed Forces Institute of Pathology. Ann. Intern. Med. 44: 831—843, 1956.
- 25) 長坂英雄, 横井一郎, 生馬千明他: アメーバ性肝膿瘍の1例. 日消誌. 74(2): 254, 1977.
- 26) 山科洋一, 石原保雄, 多賀須幸男他: 血清反応で診断し得たアメーバ性肝膿瘍の1治験例. 日消誌, 74(2): 254, 1977.