

# 琉球大学学術リポジトリ

## [症例報告]骨盤腔膿腫を伴った腹部結核の1例

メタデータ	<p>言語:</p> <p>出版者: 琉球医学会</p> <p>公開日: 2010-07-02</p> <p>キーワード (Ja):</p> <p>キーワード (En): abdominal tuberculosis, pelvic abscess</p> <p>作成者: 本馬, 周淳, 山内, 和雄, 安里, 義徳, 板東, 徹, 久田, 友治, 国吉, 真行, 石川, 清司, 源河, 圭一郎, 宮城, 茂, 武藤, 良弘, Honma, Kaneatsu, Yamauchi, Kazuo, Asato, Yoshinori, Bando, Toru, Kuda, Yuji, Kuniyoshi, Masayuki, Ishikawa, Kiyoshi, Genka, Keiichiro, Miyagi, Shigeru, Muto, Yoshihiro</p> <p>メールアドレス:</p> <p>所属:</p>
URL	<p><a href="http://hdl.handle.net/20.500.12000/0002015841">http://hdl.handle.net/20.500.12000/0002015841</a></p>

## 骨盤腔膿瘍を伴った腹部結核の1例

本馬 周淳、山内 和雄<sup>\*</sup>、安里 義徳<sup>\*</sup>、板東 徹<sup>\*</sup>、久田 友治<sup>\*</sup>  
 国吉 真行<sup>\*</sup>、石川 清司<sup>\*</sup>、源河圭一郎<sup>\*</sup>、宮城 茂<sup>\*\*</sup>、武藤 良弘

琉球大学医学部第一外科  
<sup>\*</sup>国立療養所沖縄病院外科  
<sup>\*\*</sup>同内科

(1992年4月10日受付、1992年8月18日受理)

### はじめに

腹部結核は稀な疾患であり、比較的臨床症状が多様なため診断が困難とされ、試験開腹に及ぶ症例が多い。最近、筆者らは腸管外腹部結核で骨盤腔内に乾酪化膿型と思われる症例を経験したので考察を加え、報告する。

### 症 例

症 例：25歳、男性

主 訴：咳、発熱、下痢および体重減少

家族歴：特記すべき事なし

既往歴：特記すべき事なし

現病歴：平成2年12月頃より咳、喀痰、下痢が続き、ときに高熱が出現するため、平成3年3月に近医を受診し、肺結核の疑いで当院へ4月2日に紹介された。

入院時現症：身長167cm、体重48.2kgで貧血と黄疸はないが、るい瘦著しく栄養状態不良。両側頸部リンパ節腫脹を触知し、胸部両側肺には湿性ラ音を聴取。体温38.4℃、脈拍90/m、整、血圧100/60mmHg。

入院経過：入院時の一般検査では軽度の貧血を認めるのみで、他には著変なかった。

胸部X線では、薄雲に類似した斑状の浸潤影が両肺野にびまん性の散布陰影として描写され、肺CTでも斑状の陰影が全体に描出された(Fig.1)。喀痰検査でGaffky 6号を認めたため、

直ちにINH(ヒドラジド)、RFP(リファンピシン)、SM(ストレプトマイシン)による3者併用療法を開始した。治療開始後8日目に下腹部痛を訴え、一旦解熱傾向にあった体温も再び39℃台を示すようになったため腹部を精査したところ、注腸造影でS状結腸の圧排像を認め、CTでは直腸膀胱窩にCT値の低い腫瘤を認めた(Fig.2)。小腸造影では、回腸末端より約10cm口側に穿孔を思わせる造影剤の髭状の濃染を認めた(Fig.3)。また、Gaシンチ像で大腸および骨盤腔への集積をみとめた。以上より結核性腹膜炎に伴う骨盤腔膿瘍を疑い、手術を施行した。

手術所見：4月25日に手術を行った。開腹すると大網に被われた回腸が膀胱後面と強固に癒着しており、回腸壁は肥厚し、漿膜面は線維性組織に被われていた。これらを剝離すると直腸膀胱窩に被包化された膿瘍腔を認めた。膿瘍はクリーム色の膿汁であり、同膿瘍腔の洗浄ドレナージを行い手術を終了した。なお、小腸造影で指摘された回腸の穿孔部は確認出来なかった。癒着部の回腸を被っていた腫瘤様の大網を病理組織検査に提出した。その結果、大網の結核と診断された(Fig.4)。手術時に採取した膿瘍からは結核菌、一般細菌のいずれも検出できなかった。

術後は約1週間発熱が持続したが経過は良好で、10ヵ月経過した現在は外来通院中である。胸部肺野の結核浸潤陰影はほぼ消失し、腹部の症状もない。

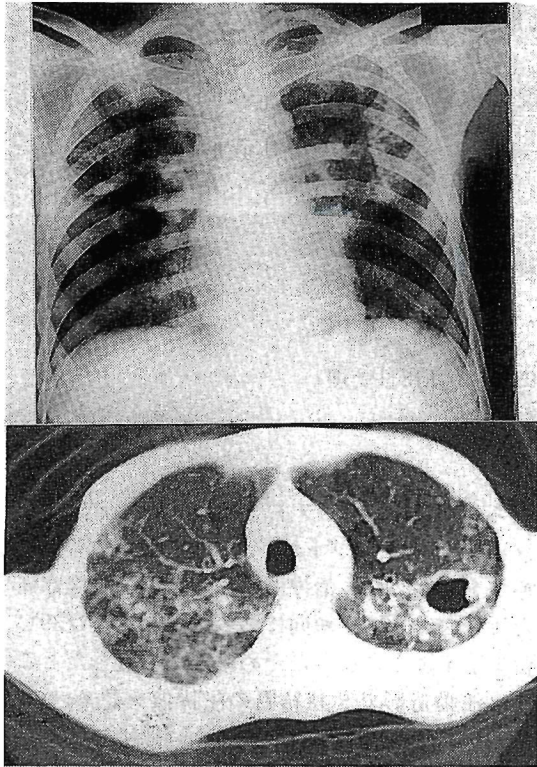


Fig. 1. Chest roentgenogram (Upper) and chest CT (Bottom) showing diffuse pulmonary infiltration.

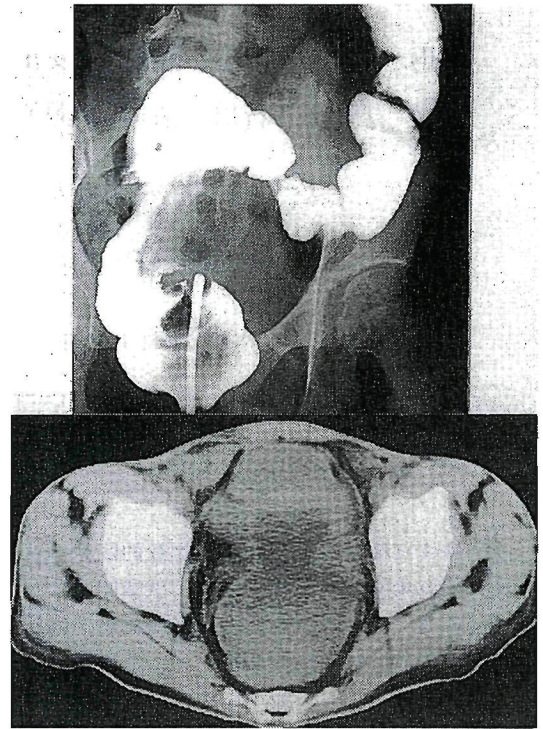


Fig. 2. Barium enema study (Upper) demonstrating a pelvic mass compressing the rectosigmoid colon medially. Pelvic CT (Bottom) showing a large homogeneous mass in the pelvic cavity.

## 考 案

肺結核は今日においても決して稀な疾患ではないが、自験例のような腹部結核に遭遇することは極めて稀れである。腹部結核の病型は腸結核と腸管外結核に大別され、腸管外結核はさらに滲出型 (Ascitic type) (多量の腹水を有する型)、癒着型 (Adhesive type) (線維性癒着が著明で浸出液貯留の少ない型)、乾酪化膿型 (Encysted type) (乾酪変性膿瘍を形成する型)などに細分類<sup>1,2)</sup>されている。自験例は乾酪化膿型に相当すると考えられる。Shirishら<sup>3)</sup>の集計によれば、腹部結核300例のうちで腸結核は196例で、結核性腹膜炎や腸間膜結核などの腸管外結核は104例であったと述べている。そして、肺病変を伴うものは73例と少なく、また生検組織診や腹水細菌培養の陽性率も低いため術

前診断は困難とされている。そのため結核性腹膜炎では試験開腹により初めて診断がつく例が多い。本邦での肺外結核の頻度は小西池ら<sup>4)</sup>の報告によれば、昭和53年から57年の5年間の新入院患者の0.2%であって、肺外結核患者のうちで結核性腹膜炎の占める割合は0.02%であり、このうち83.3%が女性であったとし、女性の占める割合が多い理由として、泌尿生殖器結核からの続発が多いためとされている。このように、極めて稀な腹部結核である自験例は、未治療の活動性肺結核患者であり、二次性腸結核を疑わせる腹痛や下痢を訴えていて、かつ肺結核の治療開始後8日に腸管穿孔の症状と同じ腹痛と高熱を発症したが、この病歴より自験例は腹部結核の診断が強く考えられた。肺に結核性

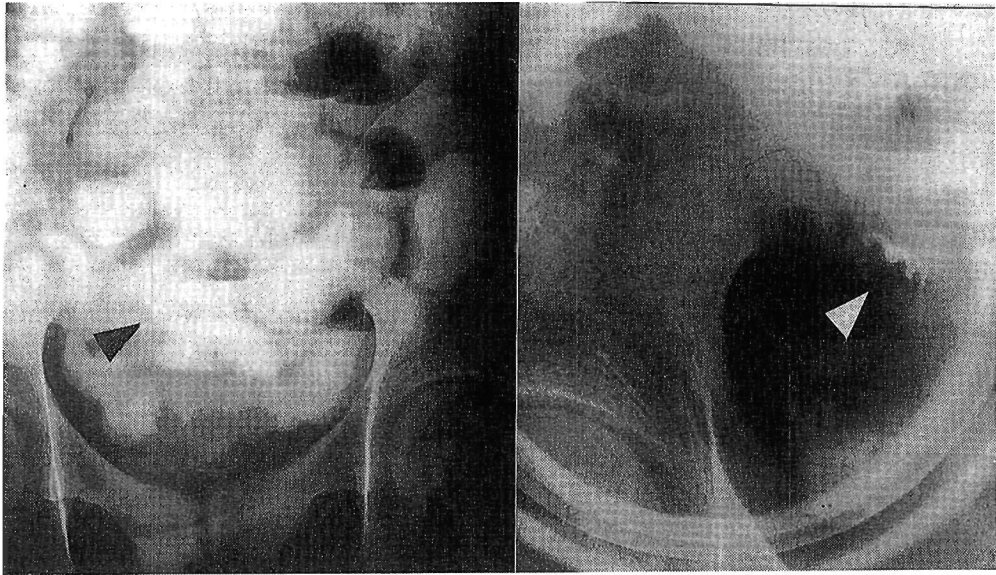


Fig. 3. Upper gastrointestinal series disclosing a leakage of contrast medium (arrow head) suggesting perforation of the small bowel.

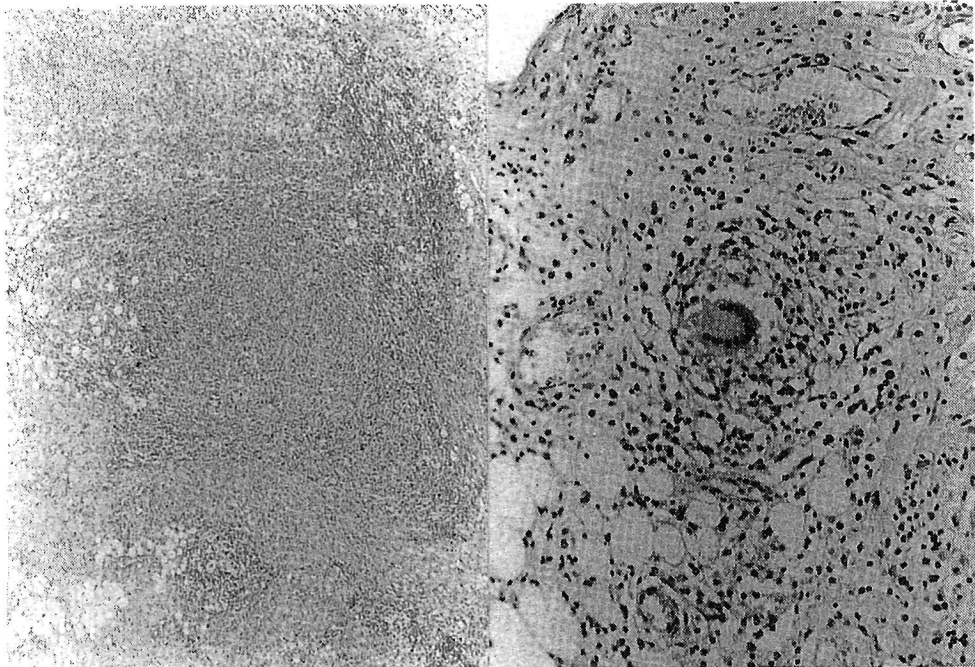


Fig. 4. Histology of the omentum. The resected omental tissue showed tuberculosis. (Left ; HE×5) (Right ; HE ×50)

病変のない孤立性腸結核の報告<sup>4)</sup>が多くなってはいるが腹部結核のほぼ半数の症例は、肺に活動性ないし陳旧性の結核性病変<sup>5)</sup>が存在するといわれている。さらに文献的集計の結果<sup>6)</sup>は腸結核穿孔や結核性腹膜炎のほとんど全てが活動性肺結核症の治療中ないし未治療の患者であったと指摘されている。肺結核の治療開始後、約2週前後の期間に注意すべきことは、腸結核を合併している症例での腸穿孔<sup>7, 10)</sup>である。腸結核の好発部位はリンパ組織の豊富な回腸や回盲部であり、病変は乾酪壊死組織の崩壊脱落により深い潰瘍となる。そこに結核治療、とくにSMを投与すると治癒機転が急速に進み、結合組織増生のない菲薄な乾酪巣の被膜(腸管壁)が破裂(穿孔)するとされている。

結核性腹膜炎などの腹部結核の治療は、INH、RFPを主軸としてSM、EBなどとの併用療法が行われ、内服困難例にはSMが好んで使用される。腹部結核のなかで滲出型、癒着型では単開腹し、SM等の抗生剤を撒布することにより改善が得られるとされ外科手術のよい適応とされている。一方、乾酪化膿型は以前は極めて予後不良であり、外科的治療の対象にはなり得てない。青柳ら<sup>11)</sup>によれば乾酪化膿型は昭和5年から35年の間に経験した133例の結核性腹膜炎中3例を認めるのみであり、そのうち2例は死の転帰をとっている。しかも、滲出型、癒着型でも自然に腸管穿孔を来したものと癒着を剝離して糞瘻を来した症例は死の転帰をとっている。腸管穿孔による乾酪化膿を呈する腹部結核の予後不良の原因についての記載は検索した範囲ではみあたらなかったが、穿孔に伴う一般細菌による腹膜炎が関与しているものと思われた。自験例は諸家の報告<sup>6, 12)</sup>同様腹部症状は比較的軽かったものの、活動性肺結核を伴っているため、腹痛を訴えた時点で結核性腹膜炎および穿孔性腹膜炎を疑い、抗結核剤(INH、RFP、SM)に加え一般細菌に対する抗菌剤の投与を直ちに開始し、精査を行ったのち手術を施行した。術中所見から考えて、癒着型と腸穿孔に伴う一般細菌の膿瘍形成、あるいは乾酪化膿型の併存が考えられたが、術中採取した膿から結核菌および一般細菌のいずれも検出されなかった。しかし、

確定はできないものの両者の関与が強く疑われ、自験例のごとく、乾酪化膿型といわれる症例の予後不良の原因に一般細菌の関与している可能性が考えられた。したがって、敗血症に至らない前に早期診断と治療を行うことが大切と思う。

## 結 語

骨盤腔内に乾酪膿瘍を伴った腹部結核の1治療例を報告した。

## 文 献

- 1) 大見良裕、関谷茂三郎、森岡 博：結核性腹膜炎の再検討、共済医報 25 : 328-336, 1976.
- 2) 三浦清美：新内科学大系、19B : 218, 中山書店、東京、1979.
- 3) Shirish, K. and Bhansali, M. S. : Communication from abroad. Abdominal tuberculosis. Experiences with 300 cases. Am. J. Gastroenterol. 67 : 324-337, 1977.
- 4) 小西池穰一、海野雅澄、山本 暁：国立療養所における肺外結核の実態と化学療法(腸結核・結核性腹膜炎について)、結核 61 : 243-252, 1986.
- 5) Jakudowski, A., Elwood, R. K. and Enarson, D. A. : Clinical features of abdominal tuberculosis. J. Infect. Dis. 158 : 687-692, 1988.
- 6) 佐藤鎌一郎、師岡 長、福田二代、佐藤攻、上坂佳敬：大腸結核穿孔による汎発性腹膜炎の1治療例。日臨外医会誌 50 : 1235-1239, 1989.
- 7) Gilinsky, N. H., Marks, I. N. and Kottler, R. E. : Abdominal tuberculosis. A 10-year review. S. Afr. Med. J. 64 : 849-857, 1983.
- 8) 佐藤権内：ストレプトマイシン治療後穿孔を来させる腸結核症例、外科の領域 2 : 574-577, 1954.
- 9) 畠 清彦、斎藤 建、小沢庄太郎：化学療法中回腸穿孔を併発した肺結核の1例、結核 58 : 267-270, 1983.

- 10) 横須賀 稔、庄司 佑：小腸結核による穿孔性腹膜炎の2症例、日臨外医学会誌51：1822-1827,1990.
- 11) 青柳安誠、九間外喜雄：結核性腹膜炎及び腸結核と外科医、外科治療5：290-298,1961.
- 12) 菊池嘉一郎、飯田修平：腹部腫瘍との鑑別が困難であった腸間膜結核の1例、日消外会誌24：2065-2069,1991.

## **A Case of Abdominal Tuberculosis with Pelvic Abscess**

Kaneatsu Honma, Kazuo Yamauchi\*, Yoshinori Asato\*, Toru Bando\*,  
Yuji Kuda\*, Masayuki Kuniyoshi\*, Kiyoshi Ishikawa\*, Keiichiro Genka\*,  
Shigeru Miyagi\*\*, and Yoshihiro Muto

First Department of Surgery, Faculty of Medicine, University of the Ryukyus  
Departments of \*Surgery and \*\*Internal Medicine, National Okinawa Hospital

Key words: abdominal tubercurosis, pelvic abscess

### **ABSTRACT**

A case of abdominal tubercurosis with pelvic abscess in a 25-year-old man is described herein.

He presented with cough, sputum and diarrhea with high fever for a few months prior to admission, and then referred to our hospital on April 2, 1990, with a possible diagnosis of pulmonary tuberculosis. He was diagnosed to have pulmonary tubercurosis by diagnostic modalities including chest X-ray and sputum examination. He started with regimen of INH, REF and SM, however, developed abdominal pain and high fever, suggesting bowel perforation. Barium enema and pelvic CT showed pelvic abscess. He had laparotomy and drainage of pelvic abscess on April 25, and recovered from abdominal tuberculosis.