

アメーバ性肝膿瘍の一例

6012 大塚 憲司

[症例]50歳 男性

[主訴]発熱、腹痛

[現病歴] H18年8月末発熱出現したため、近医を受診し内服にて解熱した。9月末には扁桃周囲膿瘍にて、近医Aで切開排膿し治癒した。10月19日から腰痛(右>左)出現し、21日からは39を超える発熱が出現したため、手持ちの風邪薬を内服した。10月22日は発熱持続していたが、家で経過を見ていた。10月23日体温37.5ありイブ4T(分2)内服したが、軽快せず近医を受診し内服薬(PL他2種類)、頓用でジクロフェナクナトリウム50mg処方された。10月24日も発熱(37.5)持続し、心窩部痛も軽度自覚した。10月25日近医Aを受診し、血液検査でWBC21100/ μ l、CRP18.6mg/dlであり翌日近医B受診をすすめられた。10月26日午前3時右季肋部痛出現したため近医B受診し、緊急入院となった。WBC25900/ μ l、CRP33.6mg/dl、腹部CTで肝右葉に径5cm大の内部不均一なLDAを認め、細菌性肝膿瘍を疑い、同日からMEPM(0.5g \times 2回/日)開始した。10月27日今後の精査、加療目的にて紹介入院となった。

[既往歴]28歳 虫垂炎

49歳 アメーバ性大腸炎

(アメーバ性大腸炎を発症する前にスイスでヤギのマリネを食べていた。治療はメトロニダゾールを7日間内服した。)

[家族歴]次男 気胸

[生活歴]職業 時計輸入、商社

喫煙 30本/日(30年間)、飲酒なし

[海外渡航歴]49歳 スイス

[ペット飼育歴]なし

[入院時現症]身長174cm 体重49kg (BMI=16)
体温39.9 血圧120/76mmHg 脈拍90/分 整

結膜：やや貧血

口腔粘膜：正常

表在リンパ節：触知せず

胸部：異常所見は見られない

腹部：心窩部圧痛(+)右季肋部圧痛(+)、筋性防御(+) (右季肋部に限局)、肝、脾触知せず

[入院時検査]末梢血：RBC370万/ μ l、Hb11.6g/dl、Ht33.7%、WBC20300/ μ l

(st5.0%、seg86.0%、eos2.0%、bas1.0%、lym2.0%、mono4.0%)、Plt21.5万/ μ l

赤沈101mm

生化学：CRP28.6mg/dl、TP6.2g/dl、ALB3.0g/dl、AMY13 IU/l、AST91 IU/l、ALT61 IU/l、LDH390 IU/l、CK IU/l、ALP408 IU/l、

-GTP50 IU/l、ChE152 IU/l、TG99mg/dl、T-ch111mg/dl、Glu143mg/dl、UA5.5mg/dl、BUN9mg/dl、CRE0.8mg/dl、Na 137mEq/l、K4.1mEq/l、Cl102mEq/l、Ca8.0mg/dl、Pi2.6mg/dl、T-Bil0.4mg/dl、D-Bil0.1mg/dl、I-Bil0.3mg/dl、HbA1c6.0%

凝固系：PT秒14.7秒、INR値1.29、APTT53.5秒、トロンボテスト43%、ヘパプラスチンテスト62%、フィブリノーゲン定量743mg/dl、

免疫・血清：IgA148.4mg/dl、IgG1033.9mg/dl、IgM101.2mg/dl、C3137.2mg/dl、C439.5mg/dl、補体価61U/ml、赤痢アメーバIgG-FA100、IgM-FA100未満(10/30)、IgG-FA1600、IgM-FA100(11/6)、HIV抗体検査：(-)

尿：色調黄色、比重1.005、pH7.5、蛋白(-)、ブドウ糖(-)、ケトン体(-)、潜血(±)、ウロビリノーゲン0.1EU/dl、ビリルビン(-)、亜硝酸塩(-)、白血球反応(-)

尿中有形成分：赤血球1-4/F、白血球1-4/F、上皮細胞1/1-5F

微生物検査：血液培養(-)、尿培養(-)、咽頭粘液培養Capnocytophaga sp、Candida sp、

streptococcus sp、streptococcus sp、肝膿瘍穿刺液培養 外観アンチヨビペースト状 WBC1+、RBC1+、嫌気性菌陰性、好気性菌陰性、糞便培養 Normal flora

腹部単純CT：肝右葉に径5cm大の内部不均一な低吸収域を認める。

[入院後経過]アメーバ性肝膿瘍又は細菌性肝膿瘍を疑って治療を開始した。入院後経皮的ドレナージを行った。10月27日からドリペネム水和物(フィニバックス)0.25g×4/日を開始した。ドリペネム水和物は赤痢アメーバの結果が出るまで同量を継続した。10月28日からメトロニダゾール(フラジール)250mg6Tを投与した。10月29日からフラジール250mg×9Tに増量した。10月30日の腹部エコー検査で膿瘍が2×3cm大に縮小しているのが見られた。赤痢アメーバ抗体検査ではIgG-FA100、IgM-FA100未満であったが、10月30日、31日の糞便検査ではシャルコライデン(+)、赤痢アメーバシスト(+)であった。症状に関しては、解熱し、右季肋部痛は消失していた。身体所見では心窩部に軽度の圧痛が見られる以外に異常所見は見られなくなっていた。11月2日に赤痢アメーバ感染が疑われたため、HIV検査を行ったが陰性であった。腹部エコーでは膿瘍部は2×2.5cmに縮小していた。11月3日からドリペネム水和物を0.25g×3/日に減量した。11月4日のドレナの排液は黄色透明になってきた。11月6日メトロニダゾール使用10日目であったので中止した。血液検査に異常は認められなかった。また10月30日のドレナージ細胞診で大型マクロファージ様原虫の栄養体が散見された。11月8日ドレナージを入れ替えたところドレナからの排液量は30~40ml/日であった。11月9日ドリペネム水和物からアンピシリン・スルバクタム(ユナシン)1.5g×3/日に変更した。また11月6日の赤痢アメーバ抗体検査の結果からIgG-FA1600、IgM-FA100であり、入院時の検査結果に比べてIgG-FAは16倍、IgM-FAは100未満であったのが、100に上昇していた。これまでの検査結果からアメーバ性肝膿瘍と確定診断された。ドレナからの排液量は減少傾向にあった。11月20日の腹部造影CTでは膿瘍の縮小が認められた。12月4日血液検査に異常は認められず、腹部造影CTにて膿瘍の縮小を認めたため退院することとなった。今後は血液検査と腹部造影CTにより外来でフォローすることとした。

[考察]本症例ではアメーバ性肝膿瘍と細菌性肝膿瘍との鑑別が困難であり、入院中に赤痢アメーバ抗体IgG-FAが100から1600、IgM-FA100未満から100に上昇したことから、肝膿瘍穿刺液培養で細菌が見つからなかったことがアメーバ性肝膿瘍と診断する決め手となった。アメーバ性肝膿瘍の診断について、顕微鏡検査：18%ほどの感度しかないとされる。血清抗体検査：ほぼ全例で陽性となるが、感染早期(7日以内)では偽陰性となる。画像検査：腹部超音波検査、CT、MRIのいずれも鑑別に決定力はない。アメーバ性肝膿瘍の治療は、メトロニダゾール400mg×3/日を7日間行い、その後症状が消失すれば、有症候性アメーバ症への進展予防にパロモマイシン30mg/kg/日を10日間行い糞便中の嚢子を消失させる。またドレナージについては、膿瘍の破裂の危険性があるときと、メトロニダゾールに抵抗性があるときに使用する。本症例の発症機序としては、アメーバ性大腸炎の治療後、経門脈的に肝膿瘍を来したと考えられる。メトロニダゾールにより症状消失後、糞便中の嚢子を消失させるためにパロモマイシンを投与していればアメーバ性肝膿瘍に進展しなかったと考えられる。

[参考文献]

大路剛 赤痢アメーバ症のエビデンス

島田馨 内科学書 中山書店

[謝辞]3週間という短い期間でしたが、たいへんお世話になりありがとうございます。疾患の勉強だけでなく、院内感染対策についても勉強になりました。

[指導医のコメント]

アメーバ性肝膿瘍の1例について、本症例が細菌性肝膿瘍との鑑別が重要であった理由や、治療薬の選択について十分に考察できている。また、アメーバ性大腸炎の治療が不十分であった理由として、いわゆる"luminal agent"であるパロモマイシンの必要性についても言及しており、全体として十分に吟味されたレポートである。