

# 腹部USおよびCT検査から アメーバ性肝膿瘍を疑った1例

*A case of guessed amoebic liver abscess comes  
from abdominal US and CT examination*

医療法人慈恵会西田病院 放射線科 江藤芳浩（会員番号 32888）

**Key Words:** ・ amoebic liver abscess ・ US ・ CT

**Summary:** The patient was a 57 year-old man with abdominal pain and loss of appetite lasting several months. The patient had a fever of 39°C and rebound tenderness in the right hypochondrium. Abdominal US confirmed a about 13 × 12 cm cystic lesion in the right hepatic lobe and a partial perforation to abdominal cavity. In addition, the amoeba liver abscess was strongly doubted from the admission of the wall thickening in the rectum by the CT inspection. A blood test showed marked inflammation and Entamoeba histolytica IgG (+), and the patient was diagnosed an amoebic liver abscess and peritonitis with perforation to abdominal cavity. When the liver abscess is admitted, it is necessary to put the confirmation of clinical conditions and advancing the inspection to the rectum. The patient was not a homosexual and had not traveled overseas, and the infection route could not be determined. It was HTLV-1 and a syphilis positivity though HIV was gloomy.

## 要旨:

症例は57歳、男性。数か月前から腹痛および食欲不振があった。来院時39°Cの熱発と右季肋部痛を認めた。腹部USにて肝右葉に約13×12cmの肝膿瘍と一部腹腔内穿破を認め、さらにCT検査にて直腸に壁肥厚を認めたことからアメーバ肝膿瘍を強く疑った。血液検査にて炎症反応の亢進と赤痢アメーバIgG抗体を認め、アメーバ肝膿瘍と腹腔内穿破裂による腹膜炎と診断された。肝膿瘍を認めた場合は、臨床症状を確認し直腸まで含めた検査を進める必要がある。患者は同性愛者でなく、海外渡航歴もなく、感染経路は不明。HIVは陰性であったがHTLV-1および梅毒は陽性であった。

## はじめに

上腹部痛精査を目的として施行したUS検査にて肝膿瘍を指摘し、さらにCT検査にて肝膿瘍と直腸の壁肥厚を認めたことからアメーバ性肝膿瘍を強く疑った。その後、赤痢アメーバIgG抗体が1600倍と陽性であることから腸外アメーバ症と確定診断に至った。患者はHTLV-1ウイルスキャリアであったので考察を加えて報告する。

## 症 例

患 者：57歳，男性。

Yoshihiro Eto / Department of Radiology, a  
medical corporation Nishida Hospital

主 訴：右季肋部痛，食欲不振。

既往歴：特記事項なし。

家族歴：特記事項なし。

現病歴：平成19年6月頃より右季肋部痛および食欲不振を認めたが放置していた。次第に症状の増悪傾向を認めたため、同年9月10日、当院外科受診となった。

入院時現症：身長154.0cm，体重51.4kg（3ヶ月で約4.5kg減）体温36.0°C，触診にて上腹部に小児頭大の弾性軟の腫瘤を認めた。筋性防御および反跳痛を認め、腹膜刺激症状を呈していた。

入院時検査所見：WBC 25000/ $\mu$ l, CRP 16.41 mg/dlと高度な炎症所見を示していた。感染症検査では赤痢アメーバIgG抗体が1600倍と陽性，TPHA定量にて160倍と梅毒陽性，ATLA（HTLV-1）抗体が1024倍と陽性であった。HIV抗体は陰性であった。

腹部US検査（**図1**）：肝右葉の大部分を占める腫瘍を認めた。腫瘍は約13×12cm大で境界は明瞭かつ辺縁整。内部エコーは肝実質よりやや高エコー

一であり、低エコーが混在した。腫瘍内部に血流はなく、後方音響増強を認める。腫瘍の辺縁は背側の一部に構築の乱れを認め、腹腔内穿破が示唆された。

腹部CT検査：肝右後区域に辺縁に造影効果を示す巨大な腫瘍を認め（図2）、周囲肝実質の遅延性濃染と、グリソン鞘に沿った病変の波及進展を示唆する門脈周囲低吸収滞を認めた（図3）。腫瘍の辺縁は、背側の一部に腹腔内穿破所見を認めた。なお、軽度の腹水・胸水を認めた。さらに直腸壁に浮腫性の全周性肥厚（図4）を認め、アメーバ性大腸炎などの感染性腸炎の存在が示唆された。

直腸鏡検査（図5）：直腸壁に全周性にびらん・潰瘍が多発していた。潰瘍部より biopsy を施行したが、アメーバ虫体は確認できなかった。

臨床経過：入院9日目にエコーガイド下に経皮経肝

膿瘍ドレナージを施行。無臭のアンチオピペースト様の穿刺液が大量にドレナージされ（図6）、同日の腹部CT検査でドレナージによる膿瘍の縮小を確認した（図7）。その後次第に炎症反応は軽快していった。このドレナージ液からは赤痢アメーバの嚢子・栄養体は証明されなかったが、赤痢アメーバ抗体が陽性であり、すぐにメトロニダゾール（フラジールR）を1500mg/dayで、計14日間内服した。

入院29病日の腹部CT検査では、膿瘍は著明に縮小し（図8）、直腸の肥厚も消失していた（図9）。また、US検査での経過観察では、18病日で縮小し（図10）、48病日には膿瘍の消失を確認した（図11）。

## 考 察

アメーバ赤痢は寄生性の原生生物である赤痢アメーバ (*Entamoeba histolytica*) の感染によって引

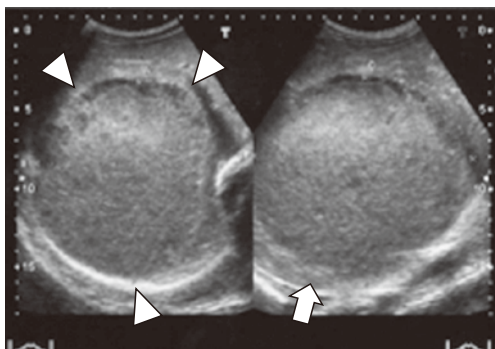


図1) 腹部US検査所見  
肝右葉に約13×12cm大の腫瘍を認めた（△）。背側の一部に辺縁構築の乱れ（↑）を伴っており、腫瘍内部に血流は見られない。

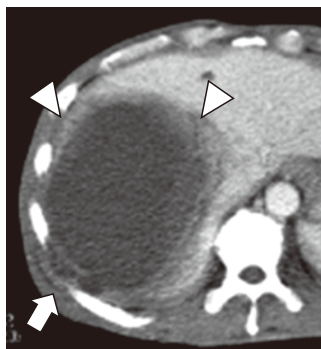


図2) 腹部CT検査所見  
肝右後区域に辺縁に造影効果を示す巨大な腫瘍（△）を認めた。腫瘍背側の一部に腹腔内破裂所見（↑）を認め、軽度の腹水および胸水を認めた。

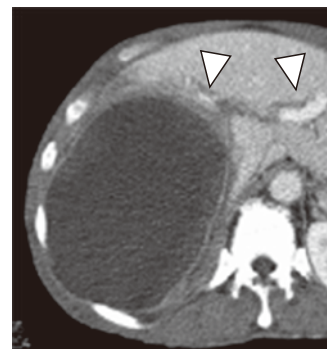


図3) 腹部CT検査所見  
グリソン鞘に沿った病変の波及進展を示唆する門脈周囲低吸収滞（△）を認めた。



図4) 腹部CT検査所見  
直腸壁に浮腫性の全周性肥厚（△）を認めた。

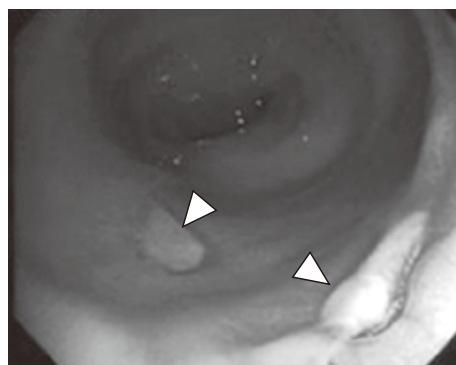


図5) 直腸鏡検査所見  
直腸壁に全周性にびらん・潰瘍の多発（△）を認めた。

き起こされ、嚢子を経口摂取することによって感染が成立する。嚢子は小腸で脱嚢して栄養型となり大腸に寄生する。これら感染者の5~10%において栄養型が大腸上皮細胞を障害して潰瘍・びらんを形成し、粘血便をはじめ下痢、腹痛などの赤痢様症状を引き起こす(腸管アメーバ症)。さらに栄養型は血行性に転移して肝臓、肺、脳、皮膚などに潰瘍を形成し、重篤な病態を呈する(腸管外アメーバ症)。また、大腸内で嚢子化し、糞便中に嚢子が排出され、新たな感染源となる<sup>1)</sup>。

本症例は、直腸からの栄養体虫体が経門脈的に肝に達し、巨大膿瘍を形成したと考えられる典型的な腸管外アメーバ症である。

わが国では感染症法に基づく2000年からのアメーバ感染症の年間届出患者数は年々上昇している。2003~2006年の患者の70%は国内での感染であり、患者の発生に季節や月ごとの消長はみられない。これは本症が主に男性同性愛者間ならびに知的障害者等の施設などでの集団感染を反映していると考

えられ、患者の約90%は30~60代の男性が占めている<sup>1)</sup>。

アメーバ感染症の診断には①肝膿瘍穿刺液、②便、③大腸潰瘍底生検、④血清アメーバの抗体価測定が一般的に行われる。①については、アメーバ虫体が膿瘍カプセル直下に多く存在することから行われる。しかし、膿中のアメーバ虫体を検出する確率は30~50%と低い。②については、検出率が非常に少ない~50%程度と報告に差がある<sup>2)</sup>。③については、検出率は50~70%程度で、採取の精度に影響される。④については血清アメーバの抗体陽性率は95~100%であり、診断には最も有効とされている<sup>3)</sup>。

アメーバ性肝膿瘍は一般に肝右葉に孤発性に発症することが多く、臨床症状は発熱、右季肋部の腫瘍、右側腹部の疼痛などで感染性肝膿瘍と同様であり、特異的な症状はない<sup>4)</sup>。また、USやCT等の画像診断においても特異所見はなく、鑑別は困難であり<sup>5)</sup>、本症例においても特異的な画像所見はなかった。し



図6) 膿瘍穿刺液  
無臭のアンチョビペースト様の穿刺液が大量にドレナージされた。



図7) ドレナージ直後のCT検査  
腹部CT検査でドレナージによる膿瘍の縮小(△)を確認した。

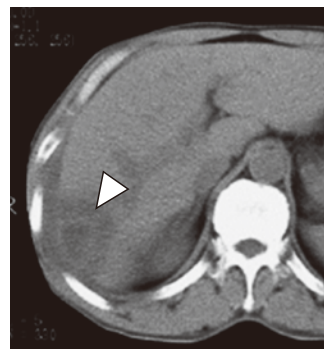


図8) 経過観察CT検査  
29病日の腹部CT検査で、膿瘍は著明な縮小傾向(△)を示した。

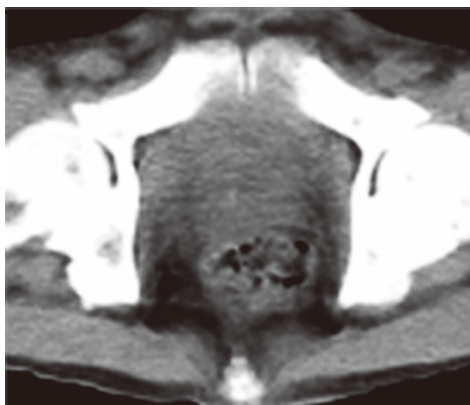


図9) 経過観察CT検査  
29病日の腹部CT検査で、直腸壁の肥厚は消失した。

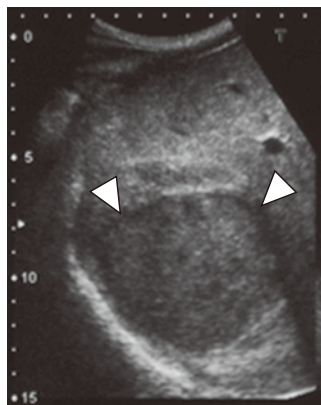


図10) 経過観察US検査  
18病日の検査で膿瘍は縮小した(△)。

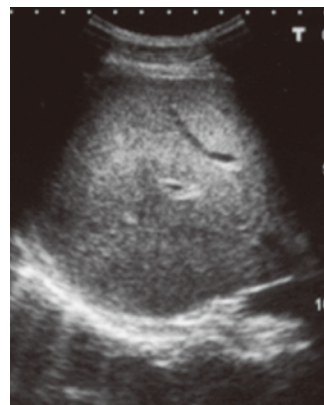


図11) 経過観察US検査  
48病日の検査において膿瘍の消失を確認した。

かし、USやCT等の画像診断において肝膿瘍を認めた場合は、本症例のように直腸まで含めた検査を行うことがアメーバ性肝膿瘍の診断につながり、有用性がある。

肝膿瘍は多彩なUS像を呈するため、診断確定には造影CTが必要なことが少なくない<sup>5)</sup>。また、直腸の観察では、大腸ガスの影響を受けやすいUS検査よりもCT検査が有効である。経過観察では、炎症所見が陰性となっても、画像所見が正常化するまで定期的に検査を行う。

合併症としては腹腔・胸腔内への穿破、腸管や胆管など他臓器への穿通があり、汎発性腹膜炎を呈するものは肝膿瘍症例の3～15%に見られるとされており、男性で腫瘍径7cm以上の単発膿瘍で頻度が高いと言われている<sup>6)</sup>。本症例においても腫瘍径が7cm以上であり、腹腔内穿破したと考えられる。

本症例では海外渡航歴はなく同性愛者ではなかった。HIV陰性であったが、梅毒およびHTLV-1が陽性であり、HTLV-1ウイルスキャリアであった。HTLV-1ウイルスキャリア陽性患者に発症したアメーバ性肝膿瘍症例の報告は極めて稀である<sup>6)</sup>。本邦においてHTLV-1ウイルスキャリアは全国に分布しており、感染経路は母乳、性交、輸血で、成人T細胞白血病を発症させる原因ウイルスとされている<sup>7)</sup>。本症例はHTLV-1に感染したことにより易感染性となり、アメーバ性肝膿瘍を罹患したと推測された。

## まとめ

本症例はUSにて肝膿瘍を認め、CTにて直腸炎を指摘したことからアメーバ感染が示唆された症例である。アメーバ性肝膿瘍は画像診断において特異的な所見はないとされているが、本症例のように直腸まで含めた検査を行うことによってアメーバ感染の診断につながる。

また、本症例はHTLV-1ウイルスキャリアの免疫能の低下した状態でアメーバ感染を発症したと考えられた。極めて稀な症例であった。

## 【参考文献】

- 1) 国立感染症研究所感染症情報センター：アメーバ赤痢 2003～2006, Vol.28, 103-104, 2007
- 2) 増田剛太, 味澤 篤, 根岸昌功：男性同性愛者の赤痢アメーバ症とHIV感染。エイズと日和見感染症に関する臨床研究（平成8年度研究報告書）。厚生省, 東京, 1997
- 3) 中嶋幸仙, 竹中淳雄, 他：肝と脳に転移したアメーバ赤痢の1例。豊岡病紀要第18号, 31-34, 2007
- 4) 松原 馨 他：腹部超音波テキスト, 65, ベクトル・コア, 2008
- 5) 大熊 潔 他：実践エコー診断, 108-109, 日本医師会雑誌 特別号Vol126 No.8, 2001
- 6) 藍澤他：HTLV-1ウイルスキャリアーに発症したアメーバ性肝膿瘍が腹腔内穿破した1例, 日本臨床外科学会雑誌 第69巻12号, 2008
- 7) HTLV-1感染者コホート共同研究班(JSPFAD) (Web版) :HTLV-1一般情報 (<http://www.htlv1.org/index2.html>)