

巨大な腸腰筋膿瘍の1例

田附興風会北野病院泌尿器科 (部長 : 山内民男)

岩城秀出 洙, 森 啓高, 梶田洋一郎

吉田 徹, 山内 民男

GIANT PSOAS ABSCESS WITH AGGRESSIVE EXTENSION :
REPORT OF A CASE

Hideaki IWAKI, Hirotaka MORI, Yoichiro KAJITA,

Toru YOSHIDA and Tamio YAMAUCHI

From the Department of Urology, Kitano Hospital

We report a case of giant psoas abscess with aggressive extension outside the muscles of the iliopsoas component. A 57-year-old man was admitted to our hospital, presenting with right flank pain and severe general malaise. He had been diabetic, but no treatment had been performed for diabetes. Leukocytosis, positive CRP and hyperglycemia were noted, but he was nearly afebrile on admission. Computerized tomography revealed a large multilocular mass in the right retroperitoneal space involving the ipsilateral psoas muscle. The diagnosis was not apparent until the 12th hospital day, when moderate grade fever was noted and brownish purulent fluid was obtained by percutaneous puncture of the mass. *Staphylococcus aureus* was isolated on culture. Antibiotic chemotherapy was started, and ultrasound-guided percutaneous drainage was then performed under the diagnosis of psoas abscess. At that time, the abscess was aggressively extending from the iliopsoas component into the pelvic floor, involving the rectus muscle, the gluteal muscles and formation of subcutaneous lesions. At 46 days after drainage, surgical resection of the abscess with removal of the adjacent tissue was performed because of persistent discharge of pus and multiple residual lesions. The postoperative course was uneventful, and there has been no recurrence.

Many cases of psoas abscess have been reported in the Japanese literature. Prompt drainage, either percutaneously or surgically are required. Surgical resection of the abscess, with not only opening the cavity but also removal of the adjacent tissue, may be recommended in some cases, especially those diffuse or multilocular lesions.

(Acta Urol. Jpn. 45 : 835-837, 1999)

Key words : Psoas abscess, Diabetes, Retroperitoneum, Resection

緒 言

腸腰筋膿瘍は抗生剤の発達により、今日では比較的稀な疾患と考えられているが、CTの普及と共に、実際には増加傾向にある¹⁾。今回われわれは、後腹膜腔に巨大な腫瘤を形成し、さらに広範囲に進展した腸腰筋膿瘍の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

患者 : 57歳, 男性

主訴 : 右腰背部痛

家族歴 : 特記すべきことなし

既往歴 : 51歳時, 糖尿病に対して他院で約40日間の入院治療を受けたが, 退院後は放置していた。

現病歴 : 1998年1月上旬より, 右腰背部痛, 全身倦怠感および食思不振を認めるようになったが放置。

1998年6月半ばより症状が増強し, 6月22日当院内科を受診。上腹部CTにて右腎腫瘍が疑われたため当科へ紹介され, 同日精査加療目的で入院となった。

入院時現症 : 身長 185 cm, 体重 72 kg, 血圧 140/90 mmHg, 脈拍62整, 体温 37.2°C。右側腹部から腰背部にかけて, 小児頭大で圧痛を伴う緊満した腫瘤を触知した。

入院時検査所見 : 血液検査では, 白血球数 12,600/ μ l, 血沈 112 mm, CRP 5.9 mg/dl などの炎症所見および, 空腹時血糖 484 mg/dl, HbA1c 11.2%, GOT 56 IU/L, GPT 36 IU/L, CHE 57 IU/L と, コントロール不良の糖尿病, 肝機能障害, 低栄養の所見を認めた。検尿所見には異常なく, 尿細胞診は陰性であった。

画像所見 : DIP では尿管像には異常は認めなかったが, 右腎盂像は描出不良で腎杯は拡張しており, 右腎内側の輪郭は不明瞭であった。上腹部および骨盤部

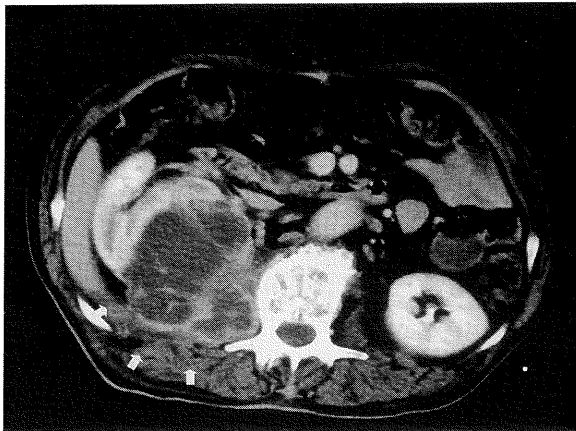


Fig. 1. CT scan shows a psoas abscess, enlarged in the right retroperitoneal space, displacing the right kidney anteriorly. It looks like a retroperitoneal tumor.

CT では、右腎後面を主病変部とし、同側の大腰筋、腰方形筋に進展する、大きさ 10×10 cm、内部に低吸収域を有する多房性腫瘍を認めた (Fig. 1)。同部の MRI では、腫瘍の隔壁は造影され、内部は嚢胞状で、胸腰椎 MRI には異常所見を認めなかった。腹部血管造影では動脈からの血流を認めたが、明らかな栄養血管はみられなかった。

入院後経過：腫瘍の画像所見から、右腎周囲を主病変部とした後腹膜悪性腫瘍を否定できなかったが、入院後9日目より 38°C 台の熱発を認めるようになり、腫瘍との鑑別のため、腫瘍の経皮的穿刺を行った。腫瘍内溶液は膿汁様で、塗沫染色では多数のグラム陽性球菌を認めた。この時点で腸腰筋膿瘍と診断し、抗生剤による化学療法とインスリンによる糖尿病の治療を開始し、7月4日、超音波ガイド下経皮的ドレナージ術を施行した。吸引された膿汁の結核菌検査 (PCR 法) は陰性で、一般細菌培養では、幅広い感受性を示す黄色ブドウ球菌 (MSSA) が分離されたため、ピペラシリン、フロモキシセフ、セフォゾプラン、セフトジジム、セフピロム、セフメタゾールを、1～2週間隔で適宜変更しながら点滴静注にて投与した。ドレナージ術直後の CT scan で、膿瘍腔は大腰筋と腸骨筋に沿って下方へ進展し、膀胱周囲の閉鎖腔を越えて臀筋にまで及んでおり、さらに背部皮下、腹直筋にまで及んでいた (Fig. 2)。

治療開始後10日目で炎症反応は消失し、糖尿病のコントロールは良好となり、全身状態も改善されたが、ドレインからの膿汁の流出が続き、CT でも隔壁を有する複数の膿瘍腔の残存を認めたため、1998年8月20日、残存膿瘍切除術を施行した。

手術所見：右腰部斜切開および下腹部正中切開の2カ所の皮切部から後腹膜腔に達し、悪性肉芽と周囲脂肪組織を含めて被膜ごと膿瘍を切除した。残存膿瘍腔

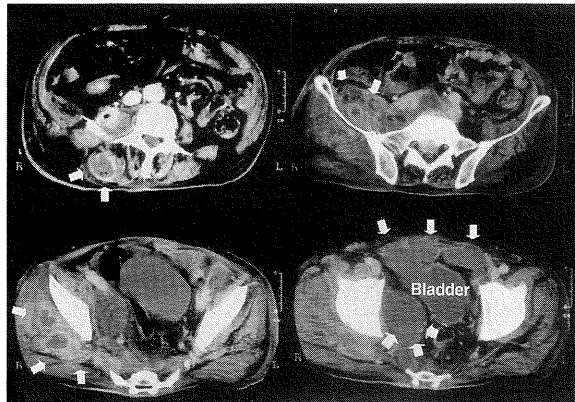


Fig. 2. On the 12th hospital day, the abscess was extending into the pelvic floor, the rectus muscle, gluteal muscles and subcutaneous lesions.

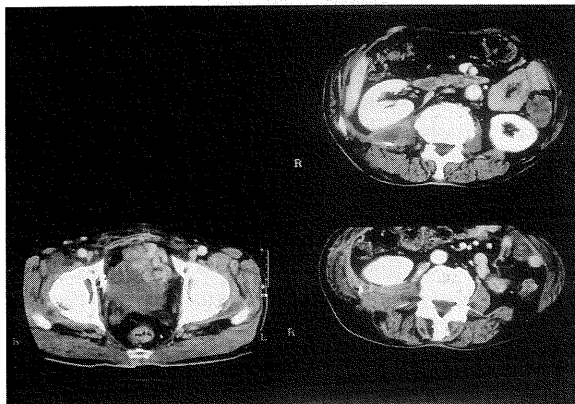


Fig. 3. No recurrence was seen on CT scan, 97 days after operation.

内には白色膿汁の貯留を認めた。膿瘍と腎被膜との癒着は軽度で、術中に腎実質を損傷することにはなかったが、膿瘍と他の周囲組織との癒着は非常に強く、剥離は困難であり、手術時間は8時間30分、術中の出血量は約 7,800 cc に及んだ。切除した組織と骨盤内リンパ節の病理組織検査では、悪性所見は認めなかった。

術後経過は比較的良好で、術後97日目の CT でも膿瘍の再発はみられていないが (Fig. 3)、術後合併症として、右大腿部外側の知覚鈍麻の遷延を認めている。

考 察

腸腰筋膿瘍の報告例は、CT の普及に伴い増加傾向にある。一般に予後は比較的良好であるが、敗血症など重篤な合併症を引き起こす危険性もあり^{1,2)}、早期診断と早期治療が要求される。

腸腰筋群は、横隔膜脚から鼠径部まで解剖学的隔壁はなく、さらに大小坐骨孔を介して臀部とも交通しているため、この経過のどこかに炎症が生じても広範な膿瘍になりうる。腰筋に細菌の播種が起こる理由として、Walsh ら³⁾は、腰椎周囲の豊富な血流と、後腹膜

のリンパ管網のためであろうと述べている。

腸腰筋膿瘍は原発性と続発性に分類され, 前者は感染源がはっきりしないもので, 後者は隣接する組織からの直後の炎症の波及によるものであり, 約2倍の頻度で原発性の方が多い^{4,5)}。原発性の場合, 糖尿病, ステロイドの使用, 重症感染症, 低栄養など, 患者が易感染性であることが多く⁵⁾, 起炎菌ではブドウ球菌が最も多く, ついで連鎖球菌, 大腸菌などである^{4,7)}。

腸腰筋膿瘍の臨床症状は, 悪寒戦慄, 弛張熱, 患側腰部と股関節部の疼痛, 腰筋部や腸骨窩の圧痛, 患側股関節の屈曲拘縮 (腸腰筋位), 腸腰筋部腫脹, 硬結などであるが¹⁾, 典型的所見を示さない場合も多く, Walsh ら³⁾は, 高齢者や, 糖尿病, 慢性疾患を有する者では, 臨床症状に乏しかったとしている。

腸腰筋膿瘍の診断において, 画像的に最も決め手となるのは CT であり, 腸腰筋群のびまん性腫大と中央の低濃度領域の所見が特徴である。また, 血腫との鑑別を要する場合は, MRI が有用である⁶⁾。臨床症状と画像所見から膿瘍の疑いが強まれば, 穿刺により膿を証明すれば診断は確定する。稀ではあるが, 腸腰筋に嚢胞状腫瘤を形成した転移性膀胱癌の報告もみられるため⁸⁾, 穿刺液の培養が陰性であれば, 鑑別診断のために結核菌培養, さらに細胞診を行っておくべきである⁹⁾。

腸腰筋膿瘍の治療は, 診断がつきしだい, 感受性のある抗生剤の全身投与と膿瘍のドレナージを行うことである。ドレナージの方法としては外科的な切開排膿術だけでなく, 最近では超音波や CT を用いた経皮的ドレナージ術も一般的となりつつある^{1,5)}。Gruenwald ら⁴⁾は, 原発性の場合には抗生剤の投与と, CT やエコーガイドによる経皮的膿瘍穿刺が好ましく, 切開排膿は二次性の場合の緊急処置として行うべきであると述べているが, これに対して Walsh ら³⁾は, 経皮的ドレナージは敗血症などで全身状態が不安定な場合には試みても良いが, 最終的には切開排膿が必要であるとし, 膿瘍周囲組織も十分に搔爬する必要があると記載している。自験例では, 排膿と搔爬のみでなく悪性肉芽となった周囲組織を含めて, 膿瘍を被膜ごと可及的に切除したが, 結果として手術が長時間に及び多量の出血を伴うこととなった。

本邦報告例の中には, 切開排膿術後に再発した症例もみられ, 再手術によって治癒しているが¹⁰⁾, 原発性腸腰筋膿瘍に罹患する患者の背景因子を考慮すれば, 再発した場合にも適切な治療を行うことは期待し難い。腸腰筋膿瘍の予後は, 適切な治療がなされ

れば比較的良好であるが, 本邦では6例の死亡例の報告があり¹⁾, 欧米ではドレナージを行わなかった場合の死亡率は100%に近かったと報告されている⁴⁾。自験例においては, 膿瘍は多房性で広範囲に進展しており, 経皮的ドレナージ後にも多数の残存膿瘍を認めたため, 切開排膿術のみでは膿瘍再発の可能性が高いと考え, 膿瘍の完全切除を念頭に置いて手術を行った。手術侵襲は大きいものとなったが, 腸腰筋膿瘍の治療において, 特に多房性で広範囲に進展している場合には, 再発を防ぐためにも膿瘍の切除術を選択すべきと思われる。

結 語

広範囲に進展した腸腰筋膿瘍の1例について, 若干の文献的考察を加えて報告した。

本論文の要旨は, 第165回関西地方会にて報告した。

文 献

- 1) 山本俊信, 山腰雅宏, 鈴木幹三, ほか: 高齢者に発症した腸腰筋膿瘍の1例. 感染症誌 **70**: 371-376, 1996
- 2) 鎌田耕治, 中島浩一郎, 今村道雄, ほか: 敗血症を合併した両側腸腰筋膿瘍の1例. 広島大医学 **50**: 337-340, 1997
- 3) Walsh TR, Reilly JR, Hanley E, et al.: Changing etiology of ileopsoas abscess. Am J Surg **163**: 413-416, 1992
- 4) Gruenwald I, Abrahamson J and Cohen O: Psoas abscess: case report and review of the literature. J Urol **147**: 1624-1626, 1992
- 5) 澤田 傑, 石川 真, 関野昌宏: 皮下膿瘍を形成した原発性巨大腸腰筋膿瘍の1例. 日臨外医学会誌 **58**: 681-684, 1997
- 6) 後藤幸一, 湯浅 肇, 大場 覚: 腸腰筋群膿瘍の画像診断. 画像医学誌 **11**: 333-345, 1992
- 7) 磯 良則, 野崎博之, 長谷山繁子, ほか: 原発性腸腰筋膿瘍の2例. 関東整災外会誌 **26**: 38-42, 1995
- 8) Masters JG, Cumming JA and Jennings P: Psoas abscess secondary to metastases from transitional cell carcinoma of the bladder. Br J Urol **77**: 155-156, 1996
- 9) Gruenwald I, Abrahamson J and Cohen O: RE: Psoas abscess: case report and review of the literature. J Urol **156**: 480-486, 1996
- 10) 石神純也, 朝沼 榎, 小代正隆, ほか: 原発性両側腸腰筋膿瘍の2例. 臨外 **48**: 539-542, 1993

(Received on March 23, 1999)

(Accepted on August 9, 1999)