

穿通により肝膿瘍を併発した巨大胆嚢蓄膿症の1例

長山 泰士¹⁾・田崎 哲也¹⁾・鈴木 直記¹⁾
高橋 修一²⁾・武田 信夫²⁾・小田 純一³⁾

腹部CTスキャンにて巨大胆嚢蓄膿症を認め、開腹手術にて確認し、更に胆嚢の肝床部に一部穿通を起こし肝膿瘍を併発していた症例を経験したので報告する。

症 例

90才の女性。主訴は発熱及び心窩部痛。現病歴は昭和60年6月10日夕方、心窩部痛出現するも放置にて軽快。同14日同様の痛みと微熱出現し当科受診、心窩部に圧痛を認めた。血液検査にて白血球 $11,300/mm^3$ と白血球増加を認めた。入院予約とし、抗生剤等の投薬をした。同17日精査、加療のため入院となる。既往歴は高血圧、食道裂孔ヘルニア。家族歴は特になし。

入院時現症は、血圧 120/66、脈拍 88整、栄養中等、37.5度の発熱があるも黄疸はなく、腹壁の緊張軽度亢進、心窩部に圧痛を認め、更に柔らかい腫瘤を触知した。入院時検査所見(表1)では赤沈の亢進、CRP 4+, 白血球増加を認めた。またCEAの上昇を認めた。入院当初、38度を越える弛張熱を認め、血液培養にてグラム陽性の嫌気性菌を検出した。この菌血症の病因を肝胆道系の感染症と考えた。セフメタゾールにて解熱した。第10病日腹部CTスキャン(Fig. 1~3)を施行した。拡張した胆嚢を肝右葉内側に巨大な低吸収域として認めた。CT値は+23であった。また胆嚢壁の肥厚と壁内膿瘍、胆嚢管に嵌頓した結石、拡張した胆嚢に接して肝膿瘍を認めた。腹部エコー(Fig. 4, 5)にて拡張した胆嚢と結石を認めた。第17病日外科にて開腹手術を施行した。正中切開にて開腹すると灰白色の巨大な胆嚢を認

表1 入院時検査所見

赤沈(1h/2h)	135/163	生化学検査	
尿検査		GOT	12 mU/mg
比重	1.020	GPT	8 "
蛋白	(+)	AIP	235 "
糖	(+)	γ-GTP	27 "
ウロビリノーゲン	正常	LDH	340 "
ビリルビン	(-)	LA P	27 "
アセトン	(+)	T.Bil	0.77 mg/dl
沈査 赤血球	10-15/IGF	TTT	1.2 Ku
白血球	30-40/IGF	ZTT	4.5 "
円柱	(-)	BUN	9.2 mg/dl
検便 虫卵	(-), 潜血(-)	Cr	1.12 "
血清学的検査		T.Chol	144 "
梅毒検査		Na	136 mEq/l
RPR	(-)	K	3.2 "
TPHA	(-)	Cl	100 "
CRP	4+	Ca	4.3 "
RA	(-)	空腹時血糖	101 mg/dl
末梢血液検査		総蛋白	7.0 g/dl
白血球	$9,400/mm^3$	Alb	52.0 %
赤血球	$351 \times 10^4/mm^3$	α ₁ -gl	6.7 "
ヘモグロビン	10.1 g/dl	α ₂ -g	16.0 "
ヘマトクリット	31.0 %	β-gI	12.4 "
血小板	$13.6 \times 10^4/mm^3$	γ-gI	12.9 "
網赤血球	34 %	CEA	9.9 ng/ml

め、穿刺にて白色の膿が約300ml吸引された。胆嚢蓄膿症と診断し、胆嚢を摘出した。肝床部は癒着が強く壁を一部残しバイポーラにて粘膜を焼き、また胆嚢管が一部総胆管に癒着していたので、胆嚢管を一部残してTチューブを入れて手術を終了した。四面体の混合石を2つ認めた。胆嚢の肝床部は一部壊死を起こし肝に穿通し、肝膿瘍を併発していた。膿の培養にて *Kleb. pneumoniae* とグラム陽性球菌の嫌気性菌 *Peptococcus* を検出した。Fig. 6 は摘出した胆嚢で、病理学的検査では粘膜の線維化の著明な慢性的炎症所見と壁内膿瘍を伴う急性の炎症所見の混在を認めた。

考 案

胆嚢蓄膿症は胆嚢管の閉塞により膿を胆嚢内に

1) 魚沼病院内科 2) 同外科

3) 長岡中央総合病院放射線科

貯溜したものと定義される¹⁾。Thornton ら²⁾の報告によれば胆嚢の疾患の中で胆嚢蓄膿症の頻度は2.4%である。また Hoffmann ら³⁾の報告によれば胆嚢摘出した症例の中で胆嚢蓄膿症の占める割合は12.4%である。Morrow ら⁴⁾の報告によれば高齢者の胆嚢炎において急性化膿性胆嚢炎または胆嚢蓄膿症は11%に認められる。また横隔膜下膿瘍または肝膿瘍を併発していた症例は6.8%である。したがって胆嚢蓄膿症もまた肝膿瘍の併発も稀ではない。しかしわれわれの症例のように非常に大きくなりしかも腹腔内に破裂せず、肝床部より肝へ穿通した症例は稀である。またここまで大きくなった過程には、長い期間の慢性炎症の存

在が推測され、それが急性増悪したものと考えられる。CTスキャンの所見に関して、鑑別疾患として肝嚢胞、肝膿瘍があげられる。山本ら⁵⁾の報告によれば正常な胆嚢、肝嚢胞、肝膿瘍のCT値はそれぞれ $+2.3 \pm 8.4$ 、 -2.8 ± 4.4 、 $+21.6 \pm 0.5$ であり、われわれの症例のCT値はほぼ肝膿瘍のCT値に等しかった。

結 語

穿通により肝膿瘍を併発した巨大胆嚢蓄膿症の一例を経験し、主にその腹部CTスキャンにつき報告した。

文

- 1) Anonymous : Empyema of the gallbladder - A forgotten disease. Lancet, 1 (8377) : 606, 1984.
- 2) Thornton, J. R. et al. : Empyema of the gallbladder - reappraisal of a neglected disease. Gut, 24 (12) : 1183-1185, 1983.
- 3) Hoffmann, R. et al. : Gallbladder surgery : Antibiotic prophylaxis or not?

献

- Helv. Chir. Acta., 49 (6) : 763-767, 1983.
- 4) Morrow, D. J. et al. : Acute cholecystitis in the elderly - A surgical emergency. Arch. Surg., 113 (10) : 1149-1152, 1978.
- 5) 山本晋一郎ら : 肝, 胆, 脾領域におけるCT検査の有用性. 川崎医学会誌, 9 (1) : 26-31, 1933.

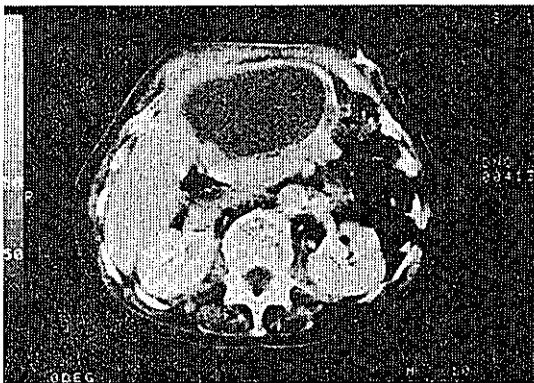


Fig. 1 Abdominal CT scan (CE+) ; Empyema of gallbladder, intramural abscess (⇒)

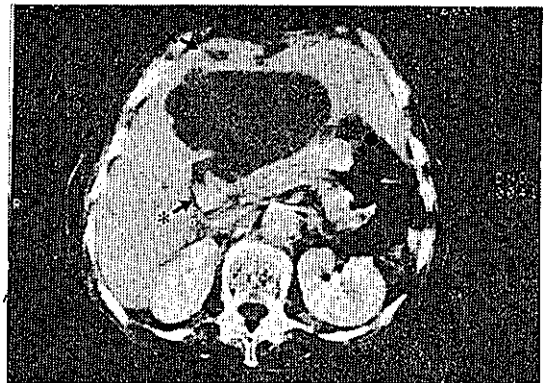


Fig. 2 Abdominal CT scan (CE+) ; Empyema of gallbladder, intramural abscess (●), gallstone (*), liver abscess (×)

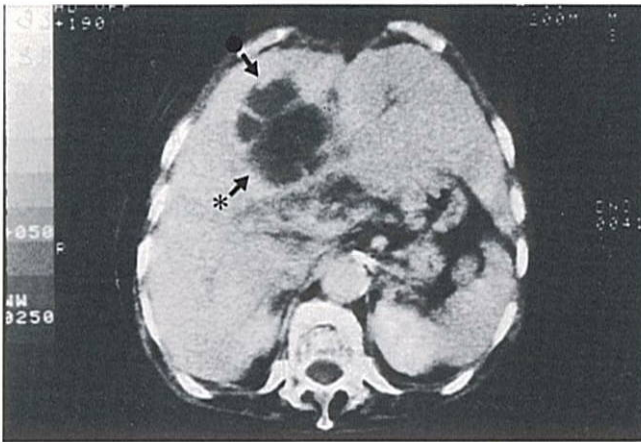


Fig.3 Abdominal CT scan(CE+);Empyema of gallbladder(*), liver abscess(●)

Fig.4 Abdominal ECHO;Expanded gallbladder, gallstone(⇒)

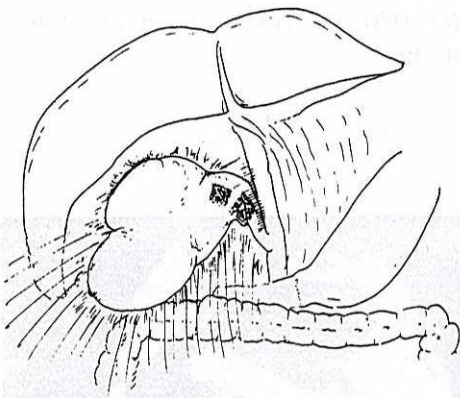
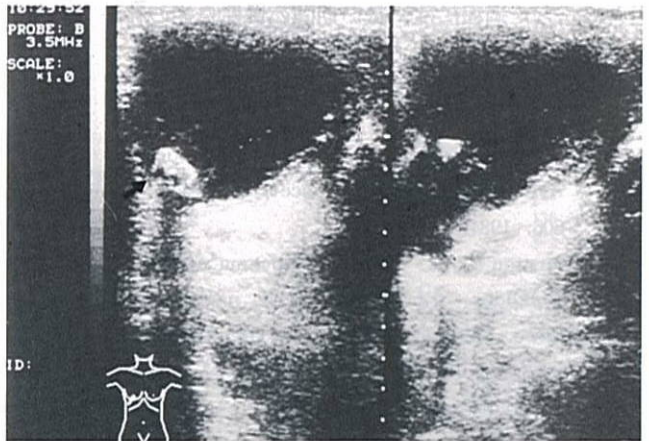


Fig.5 術中スケッチ

Fig.6 Gallbladder cutted and opened, intramural abscess(⇒)

