

## 症 例

### 内科的に治癒し得た化膿性腸腰筋炎の1例

新井 太<sup>1)</sup> 岩 渕 洋 一<sup>1)</sup> 本 田 一 典<sup>1)</sup>  
 長谷川 明<sup>1)</sup> 伊 藤 高 史<sup>1)</sup> 上 村 旭<sup>1)</sup>

#### はじめに

今回我々は、比較的稀な化膿性腸腰筋炎の一例を経験し、内科的に治癒し得たので報告する。

#### 症 例

＊患 者：56才，女性。

＊主 訴：右大腿部痛

＊既往歴，家族歴：特記事項なし

＊現病歴：平成2年5月10日頃より、腰痛、右大腿部痛が出現した。同5月25日には右股関節の屈曲拘縮、右大腿部痛のために歩行困難となり、当院整形外科に入院した。入院時腹部CT検査では右腸腰筋の腫大及び肝の低吸収域が、骨シンチでは異常集積像が認められ、悪性疾患も否定できなかった。入院時より尿路感染が原因と考えられる強い炎症所見を認め、抗生物質が投与されたが無効で、同6月19日精査・加療目的に内科に転科した。

＊内科入院時所見：38.1℃の熱発を呈し、眼瞼結膜には貧血を認めた。心・肺には異常を認めなかったが、右腸骨窩に圧痛を認め、同部位に腫瘤の一部を触知した。腹水は認めなかった。右股関節は腸腰筋肢位約30度を取り伸展不能であった。下腿には浮腫を軽度認めた。神経学的異常所見はなく、鼠径リンパ節は触知しなかった。

＊内科入院時検査成績(表1)：白血球増多、赤沈値亢進、CRP強陽性などの著明な炎症所見のほか、貧血、血清アルブミン値の低下を認めた。肝機能、腎機能には、異常をみとめなかった。

＊整形外科入院時X線検査：胸部単純写真には異常を認めなかったが、腹部単純写真(図1)では腸腰筋陰影は左右とも不鮮明で、患側の第3、第4腰椎椎体

辺縁の不整像が認められた。骨シンチ(図2)では第3～第4腰椎右側(患側)に異常集積を認めたが、炎症の椎体への波及と考えられた。また、右第7肋骨、右脛骨にも異常集積を認めたが単純写真等では異常なく、原因不明であった。腹部CT検査(図3)では、肝門索近くの肝表面に低吸収域を認めたが、エコーでは異常を指摘できず、以後follow upが必要と考えられた。骨盤CT検査(図4)では、右腸腰筋は著明に腫大、内部には低吸収域を認め膿瘍の形成が疑われた。

＊臨床経過(表2)：整形外科入院中はFOM、I.P.M.が投与されているにもかかわらず、炎症所見は改善しなかった。内科転科後第6病日目、エコー下に腫大した腸腰筋を穿刺した所、白濁した膿が約4cc吸引された。この穿刺液の細菌培養では、表皮ブドウ球菌及び嫌気性グラム陽性球菌を認め、結核菌は認められなかった。細胞診では悪性細胞を認めず、この時点で、強い炎症所見及び右股関節の屈曲拘縮は化膿性腸腰筋炎によるものと診断し、両細菌に感受性を示したM.I.N.O.、C.P.Z/S.B.Tによる化学療法を開始した。開始後5日目より、右股関節の屈曲拘縮は改善傾向を見せ始め、炎症所見も著明に改善した。11日目には屈曲拘縮、大腿部痛は消失し、CRPも陰性化した。腸腰筋肢位消失時のCT像(図5)では、腸腰筋の腫大は認められているものの、内部の低吸収域は著明に縮小しており、膿の貯留がほとんど消失したものと考えられた。

以上のように炎症所見が鎮静化し全身状態も良好となったため、化学療法を抗菌薬の内服とし、外来で経過観察することとした。退院後44日目のCT像(図6)では、腸腰筋の腫大はほとんど認められず、化膿性腸腰筋炎は、治癒したものと考えられた。

1) 三条総合病院 内科

考 案

化膿性腸腰筋炎は、1881年にMynterが2例を報告している<sup>1)</sup>が、本邦では、1922年に西尾が34例を報告している<sup>2)</sup>。最近10年間では、主に整形外科領域で39例の報告が見られるのみ(表3)で、比較的稀な疾患となっている。この原因は一般的には、抗生物質の発達と食生活の改善に伴う栄養状態の向上などによると推定されている<sup>3)</sup>。

好発年齢は、16才から30才の比較的若い世代であるが、これは、他の化膿性筋炎と同様である<sup>4)</sup>。

原発性の病因としては、他病巣からの血行性感染が考えられているが明らかではない<sup>5)</sup>。起炎菌は黄色ブドウ球菌が約40%と最も多い<sup>6)</sup>。(表4)

症状としては、38℃～40℃の弛張熱、悪寒戦慄、患側腰部痛、患側股関節痛、腸骨窩腫脹、患側股関節の屈曲拘縮(腸腰筋肢位)などがあげられる<sup>7,8)</sup>。

本症の診断は、腸腰筋肢位、腸骨窩の圧痛、強い炎症所見などから比較的容易<sup>9)</sup>であるが、その存在を認識しておくことが早期診断上最も重要である。また、Gaシンチ、CT特にエンハンスCTは診断及び治療効果の判定に非常に有用である<sup>10)</sup>。

治療は、外科的な切開排膿が一般的であり、化学療法のみで治癒した例は少ない<sup>11)</sup>が、本例では膿瘍穿刺後、抗生物質投与により治癒し得た。

ま と め

- 1) 河路 渡：病理と症状(26)腸腰筋炎，整形外科34:130-131,1983
- 2) 須江秀一，他：急性化膿性腸腰筋炎の1治験例，日本臨床外科医学会誌46:406-409,1985.
- 3) 涌井元博，他：化膿性腸腰筋炎の1例，新整研誌4:97-98,1986.
- 4) 宮坂芳朗，他：重篤な全身症状を呈した嫌気性菌による化膿性腸腰筋炎の一例，関東整形災害外科学会雑誌18:428-433,1987.
- 5) 永野重郎，他：最近経験した化膿性腸腰筋炎の2症例，臨床整形外科20:199-202,1985.
- 6) 正木洋治，他：抗生剤の投与にて治癒した原発性化膿性腸腰筋膿瘍の1例，診断と治療79:393-395,1991.

内科入院時data	
(1) 血液学的検査	
RBC	327×10 <sup>9</sup> /mm <sup>3</sup>
HB	9.4g/dl
Ht	29.5%
WBC	10,600/mm <sup>3</sup>
Neutro Band	3%
Seg	82%
Lympho	11%
Mono	3%
Platelets	31.0×10 <sup>9</sup> /mm <sup>3</sup>
ESR	115mm/153mm
Bleeding Time	1'30"sec
PT Time	13.6sec (70%)
(2) 血清学的検査	
ASLD	(-)
RA	(-)
CRP	6(+), 12.7mg/dl
(3) 血液生化学検査	
T.P	8.0g/dl
Alb	29.8%
α <sub>1</sub>	4.2%
α <sub>2</sub>	7.1%
β	9.4%
γ	49.3%
T-Bil	0.78mg/dl
D-Bil	0.55mg/dl
I-Bil	0.23mg/dl
ALP	142 IU/l
GOT	13 IU/l
GPT	6 IU/l
γ-GTP	11 IU/l
LDH	250 IU/l
T-chol	96mg/dl
T.G.	67mg/dl
CPK	22 IU/l
Cre	0.3mg/dl
BUN	4.8mg/dl
Na	138 mEq/l
K	3.3 mEq/l
Cl	103 mEq/l
Ca	3.8 mEq/l
IP	2.8mg/l
Fe	16 μg/dl
UIBC	86 μg/dl
FBS	106mg/dl
(4) 菌培養別液培養	
S. epidermidis	(+)
緑膿性グラム陽性球菌(+)	(+)
結核菌	(-)
(5) 菌培養別液細胞診	
血性で好中球が多数認められたが、菌培養細胞は認められなかった。	

表 1

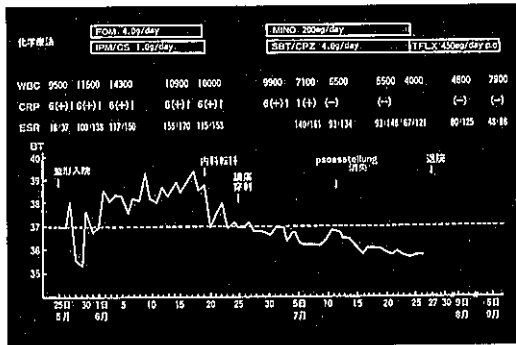


表 2

本邦における最近(1980年以降)の報告例		
報告年	報告者	症例数
1981年	天野ら	1
1982年	大寺ら	7
"	上田ら	3
"	井上ら	1
"	渡辺ら	3
"	和田ら	2
1983年	尾立ら	1
"	小川ら	1
"	永野ら	2
"	若狭ら	1
1984年	松下ら	1
"	斎藤ら	1
"	鈴木ら	3
"	石井ら	1
"	渡辺ら	1
1985年	奥田ら	2
"	永野ら	2
"	須江ら	1
1986年	蒲井ら	1
1987年	宮坂ら	1
1988年	柴ら	1
"	妹尾ら	1
1989年	土肥ら	1
(小計 39例)		
1990年	自験例	1

本邦における起因菌(宮坂による)	
Staphylococcus aureus	10例
E. Coli	3例
その他	5例
不明	7例
	25例

表 4

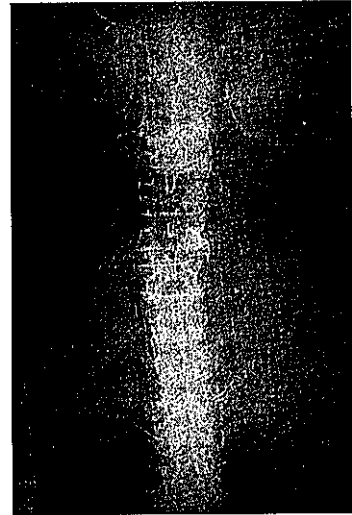


図 1

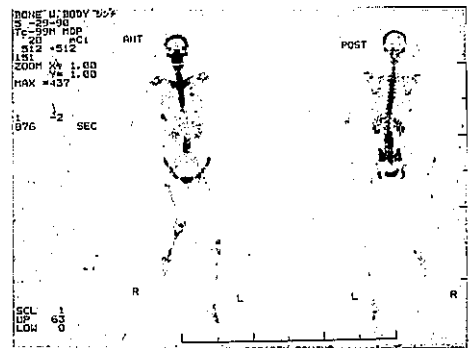


図 2

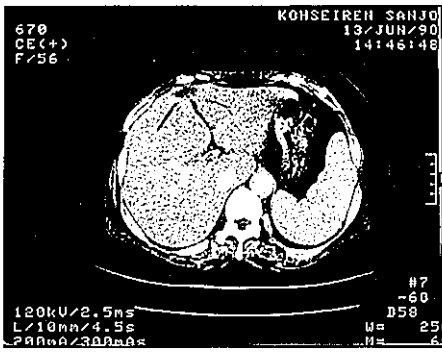


図 3

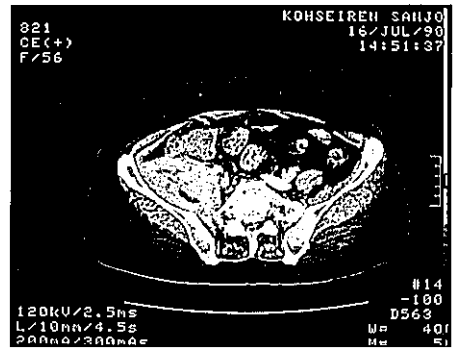


図 5

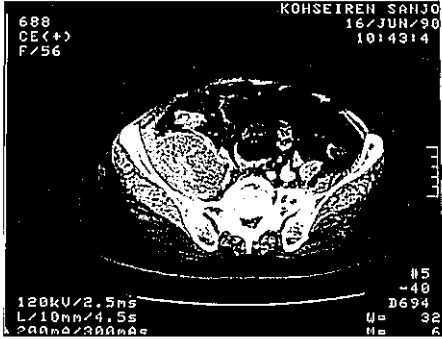


図 4

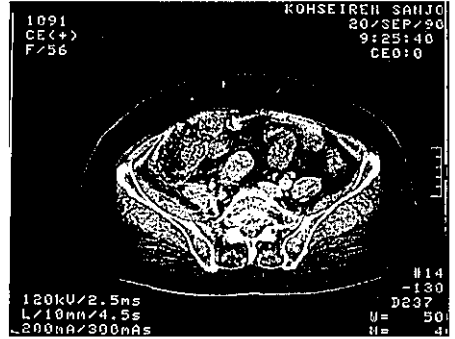


図 6