

## 右腸腰筋膿瘍を合併した同時性重複癌 (上行結腸癌, 胃癌) の1例

なが み はる ひこ<sup>1)</sup> た なか つね お<sup>2)</sup> おお もり ひろ し<sup>3)</sup>  
 長 見 晴 彦<sup>1)</sup> 田 中 恒 夫<sup>2)</sup> 大 森 浩 志<sup>3)</sup>  
 こ いけ まこと<sup>3)</sup> さ とう よし とし<sup>3)</sup> の さか せい し<sup>4)</sup>  
 小 池 誠<sup>3)</sup> 佐 藤 仁 俊<sup>3)</sup> 野 坂 誠 士<sup>4)</sup>  
 にし たけし せい じ<sup>2)</sup> まる やま りる け<sup>5)</sup>  
 西 健<sup>2)</sup> 矢 野 誠 司<sup>2)</sup> 丸 山 理留敬<sup>5)</sup>

キーワード：右腸腰筋膿瘍，同時性重複癌（大腸癌，胃癌）

### 要 旨

今回、我々は同時性重複癌に合併した右腸腰筋膿瘍の1例を経験した。症例は74歳の男性で、右坐骨神経痛、psoas sign、発熱を主訴に来院し腹部エコー、CT検査にて右腸腰筋膿瘍と診断した。本症例に対して直ちに後腹膜アプローチにて膿瘍ドレナージ術を施行した。その後の精査にて本症例は同時性重複癌（上行結腸癌、胃癌）を合併しており、全身状態安定後に右半結腸切除術、幽門側胃切除術を施行した。自験例では術中所見として上行結腸癌と、腸腰筋膿瘍間に穿通孔を認めず、bacterial translocationあるいは同時性重複癌に伴う宿主免疫能低下により本疾患が発症したと推測された。同時性重複癌に合併した腸腰筋膿瘍の本邦報告例は文献上皆無である。今後、大腸癌の増加に伴い本疾患の発生も増加する可能性もあることから腸腰筋膿瘍と大腸癌の関連を念頭におく必要がある。

### はじめに

腸腰筋膿瘍は抗菌剤の発達した今日では比較的まれな疾患となっている。しかし、本疾患は診断、治療がひとたび遅れれば重症化しやすく、治

療に難渋する<sup>1)</sup>。一方、続発性腸腰筋膿瘍の原因としては近接臓器の炎症波及例が多く、消化器疾患、脊椎炎、腎盂腎炎などが挙げられる<sup>2)</sup>。この中で悪性腫瘍に伴う腸腰筋膿瘍の報告はまれであり、中でも同時性重複癌を合併した腸腰筋膿瘍症例は文献上本邦、欧米とも報告例はない。今回、我々は同時性重複癌（胃癌、大腸癌）を合併した右腸腰筋膿瘍の1例を経験したので文献的考察を加え報告する。

Haruhiko NAGAMI et al.

- 1) 長見クリニック
- 2) 島根大学医学部消化器総合外科
- 3) 松江赤十字病院外科
- 4) 岩国みなみ病院外科
- 5) 島根大学附属病院病理部

連絡先：〒699-1311 雲南市木次町里方633-1

## 症 例

症例：74歳，男性

主訴：右坐骨神経痛，発熱，右股関節拘縮肢位

既往歴：特になし。

現病歴：平成17年1月上旬より食欲不振が出現し，右下腹部痛があったが放置していた。しかしその後症状が増強してきたため1月中旬に当院を受診した。

来院時現症：身長 158 cm，体重 56 kg，体温39.6℃であり，血圧 140 mmHg/80 mmHg であった。また，右股関節屈曲肢位をとっており右坐骨神経痛による歩行障害，右腰背部に叩打痛があり psoas sign を認めた。腹部エコーにて右腸腰筋内に low density area を認め腸腰筋膿瘍を疑った。直ちに上腹部 CT を撮影し隔壁を有する腸腰筋膿瘍を認め，また同時に上行結腸癌を認めた (図1)。緊急検査所見では WBC 19,600/mm<sup>3</sup>，軽度な肝機能異常および CRP は 32.6 mg/dl であった。ただちに大学病院消化器外科へ紹介し緊急手術となった。手術は後腹膜アプローチによ

て腸腰筋部へ到達し，膿瘍を切開排膿し膿瘍壁切開部にドレーンを留置した。なお，腸腰筋壁自体は癌腫との直接の交通はなく，穿孔孔も認めなかった。その後，抗生物質投与により患者の全身状態は安定した。ドレーン内容物の細菌培養結果は大腸菌であった。その後，大腸内視鏡検査を施行したところ上行結腸に約 9 × 7 cm 大の進行癌，S 状結腸に早期癌を認めた。また，その時に施行した注腸造影では上行結腸に全周性の腫瘍像を認めた (図2)。S 状結腸のポリープ癌については内視鏡的切除を施行した。一方，上部内視鏡検査では胃前庭部小弯側に I 型胃癌を認めた。以上より腸腰筋膿瘍の炎症が鎮静化後に，本症例の重複癌に対して2期的手術を施行した。平成17年2月中旬に上下腹部正中切開にて開腹した。腹腔内に淡黄色腹水を認め，肝転移，腹膜播種は認めなかったが，上行結腸に手拳大の腫瘍を認めた。既に腫瘍は十二指腸側壁，右腎前面壁へ直接浸潤していた。十二指腸浸潤部に対して壁部分切除し

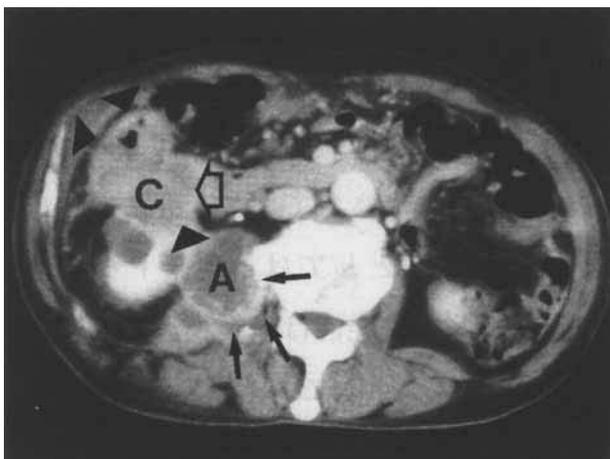


図1

上腹部 CT にて隔壁を有する右腸腰筋膿瘍を示す (A⇒)。さらに膿瘍に近接して，壁不整な巨大右側結腸癌を認めた (C⇒)。

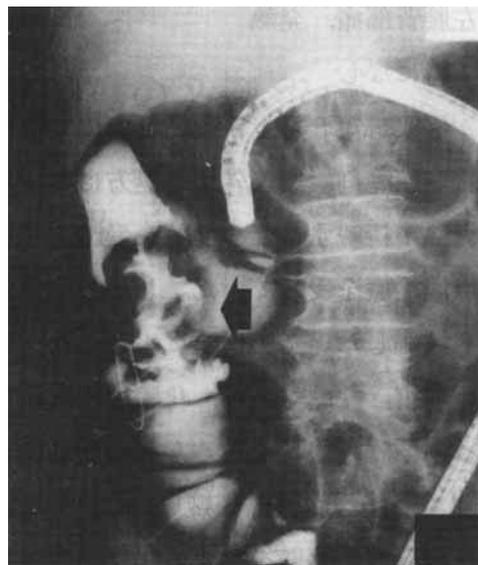


図2

注腸検査では上行結腸上部に全周性の腫瘍を認めた。図は apple core sign を示す (→)。

て右半結腸切除術を施行した。また右腎前壁への浸潤は高度で、腫瘍は一部残した。

次に胃前庭部小弯側に2 cm 大の腫瘍を確認し幽門側胃切除術を施行した。再建法は右半結腸切除後は回腸結腸吻合を施行し、さらに Treitz 靱帯より約 30 cm 肛側にて空腸を切除しこれを挙上し十二指腸空腸側々吻合を施行した。この後に retrocolic に胃空腸吻合を施行し、胆嚢は緊満していたため術後急性胆嚢炎を回避するため胆嚢摘出術を施行した。

本症例は大腸癌取扱い規約<sup>4)</sup>で A. 3 型 5×5 cm, Si, P0, H0, N2M(+), StageIV, D2, OW(-), AW(-), EW(+), Currbility Cであった。一方、胃癌取扱い規約<sup>5)</sup>では M3, T2, N1, H0, P0, M0, StageII, PM(-), DM(-), D1, Currbility

Cであった。

切除標本の肉眼像では上行結腸は全周性の約 9 cm×7 cm 大の隆起性病変を認め、剖面では黄白色充実性の腫瘍を認めた。(図3, 4)。一方、切除胃の肉眼像は2 cm×1.8 cm 大であり剖面は白色充実性であった。切除大腸癌の病理組織学的検索では大小不同の融合腺管状構造の腫瘍病巣を認め、間質を伴わず充実性、炎症性に拡がっていた。また、腺管構造のない低分化型の組織も認めた。病理組織学的検査所見は 9 cm×7 cm, moderately differentiated adenocarcinoma, depth S E/a2, 1y(2), v(2)であった(図5)。一方、切除胃の病理組織学的検索では辺縁の正常粘膜との間に front 形成を認め、膨張性に発育し、粘膜下組織の深部まで浸潤していたが固有筋層までは達

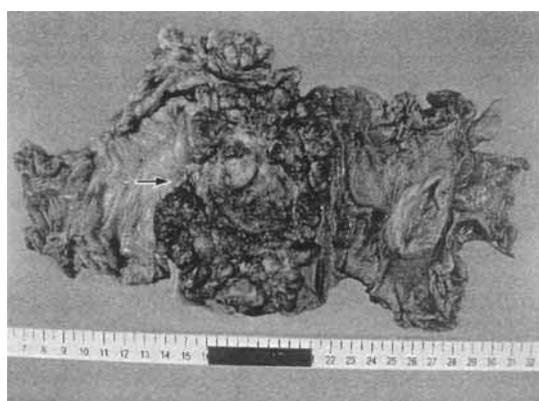


図3

切除された大腸癌 (9×7 cm) の肉眼像 (上段) とその剖面像 (下段) を示す (→)。



図4

切除された胃癌 (2×1.8 cm) の肉眼像 (上段) とその剖面像 (下段) を示す (→)。

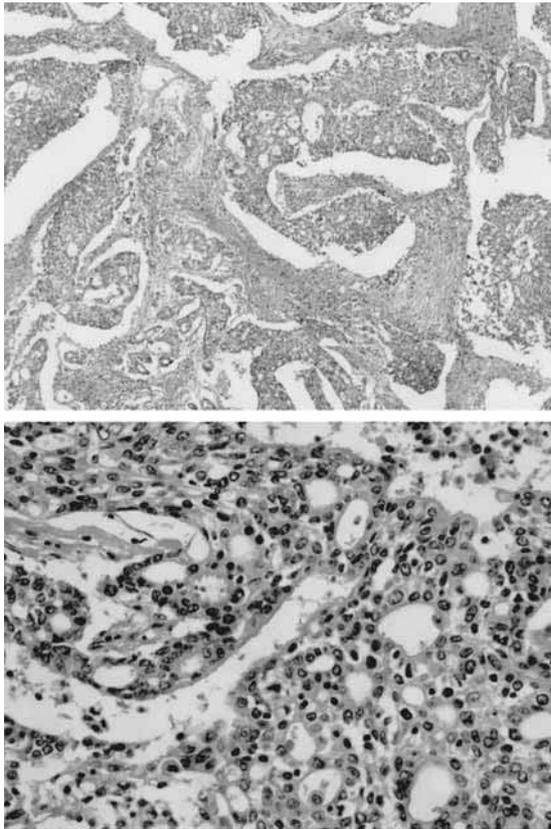


図5

切除された大腸癌の病理組織像を示す (上段×40倍, 下段×400倍, H.E染色)。

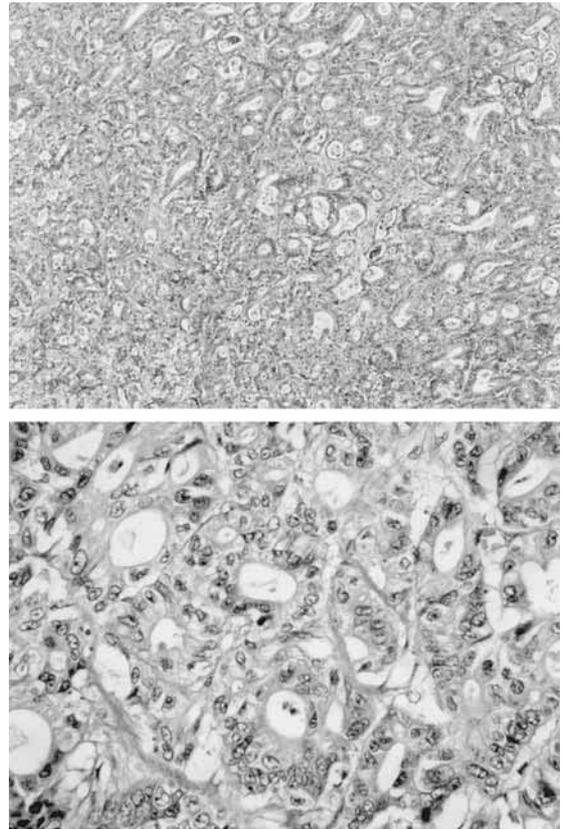


図6

切除された胃癌の病理組織像を示す (上段×40倍, 下段×400倍, H.E染色)。

せず組織学的には L, less, pType 3, T1(SM), 2 cm×1.8 cm, depth sm-2, INF  $\alpha$ , med, ly (3), v(2)であった (図6)。なお, 本症例は術後低栄養状態, 貧血が改善せず高カロリー輸液, 輸血を行ったが全身状態は改善せず術後4日目に急性心筋梗塞にて死亡した。

## 考 察

腸腰筋膿瘍は1881年に Mynter<sup>6)</sup>の報告以来多数の症例報告があるが, 抗生物質の発達した現在では比較的まれである。本疾患は原発性と続発性に分類される。原発性は皮膚外表の小化膿創, 外傷, 針治療などが原因といわれているが, 原因不明例も多く, 潜在的な感染源からの血行性, リン

パ行性感染が多く, ステロイド投与中, 悪性腫瘍罹患中, 糖尿病, 低栄養などの易感染性状態に発生しやすいとされている。発生部位に左右差はなく, 起炎菌は黄色ブドウ球菌が多い<sup>1)</sup>。これに対して, 続発性は後腹膜近接臓器からの炎症波及が主たる原因で, その原因疾患は整形外科疾患, 消化器疾患, 泌尿器疾患, 局所注射など多岐にわたるが, 中でも整形疾患, 消化器疾患が多い。消化器疾患で特に多いのはクローン病, 憩室炎, 虫垂炎, 大腸癌といった疾患が多い。続発性膿瘍の起炎菌は大腸癌などのグラム陰性桿菌や嫌気性菌が多く, 80%以上は腸内細菌といわれている<sup>7)</sup>。医学中央雑誌で, 1991年1月から2005年12月までに本邦における結腸癌に合併した腸腰筋膿瘍につい

て検索したところわずか23例であった<sup>8)</sup>。なかでも自験例のように同時性重複癌に合併した腸腰筋膿瘍の報告例は自験例が本邦第1例目である。

本疾患の臨床症状としては 1) 高熱, 2) 背部, 臍部, 下腹部, 股関節部, 大腿部のいずれかの疼痛, 右股関節屈曲拘縮 (腸腰筋枝位 = psoas sign) がある。また, その診断には CT が有用であり, 1) 筋肉の腫大, 2) 内部の低吸収域, 3) 低吸収域周辺の孤城造影効果, 4) 低吸収域内のガス像が特徴的である<sup>9)</sup>。

山本ら<sup>10)</sup>は腸腰筋膿瘍に合併した大腸癌17例を検討し, 大腸壁との穿通孔例は6例, 非穿通例が6例, 不明例は5例と報告している。この点につき加茂ら<sup>1)</sup>は腸腰筋膿瘍と大腸癌とが隣接し直接交通のない症例では細菌が腸管壁を通過して後腹膜を経由する bacterial translocation の結果, 炎症が波及すると推測している。自験例では初回手術時には上行結腸癌と膿瘍との間に穿通孔は認めなかったことから大腸菌が腸管壁を通過して炎症が波及したと推測される。この他に自験例では胃癌, 上行結腸癌の同時性重複癌症例であった点が重要と考える。同時性重複癌の場合, 宿主免疫能が大きく低下した状態にあることが多く<sup>11,12)</sup>, 今回の腸腰筋膿瘍発症の一誘因になった可能性は否定できない。

腸腰筋膿瘍の治療法は山本ら<sup>10)</sup>によれば17例中1期的手術施行例が11例, 2期的手術例が6例であったと報告している。Fukuyamaら<sup>13)</sup>は初期治療としてCT, 超音波エコーガイド下にドレナージ施行後, 高カロリー輸液など全身状態の改善を計り, 急性炎症が治癒してから2期的に手術を施行することを推奨している。しかしながら, 自験例の場合, 膿瘍の範囲が大きく経皮的ドレナージでは十分な効果が期待できなかったこと, また全身状態が悪く, 膿瘍が遺残すれば高率に敗血症へと進展する可能性があったことから確実な外科的ドレナージ術を行なった。中森ら<sup>8)</sup>によれば1期的, 2期的手術とも予後に差はなく, また穿通の有無と予後に相関はなかったと報告しているが, 本疾患の場合, 個々の症例に応じ術式選択をすべきである。自験例では同時性重複癌であったため, 仮に1期的に手術を施行していれば, 胃癌の発見は遅れたと思われる。

他臓器浸潤を伴う大腸癌では治癒切除が可能であれば積極的に合併切除を行うことにより予後が改善する。しかし, 腸腰筋膿瘍合併の大腸癌では膿瘍形成が癌の腸腰筋への直接浸潤か, あるいは炎症波及によるものか判断し, 適切な治療法を選択すべきである。

## 文 献

- 1) 加茂直子, 王 裕東, 佐々木 久 ほか: 腸腰筋膿瘍を併発した結腸癌の1例. 日臨外会誌62: 2470-2473, 2001
- 2) 柴田信博, 藤田彰一, 森本 卓 ほか: 後腹膜膿瘍を合併した盲腸癌に対する1期的根治術手術55: 309-311, 2001
- 3) 三宅裕子 ほか: Retrofascial space 病変のCT, 臨

放27: 1339-1345, 1982

- 4) 大腸癌研究会編: 大腸癌取扱い規約. 第6版, 金原出版, 東京, 1998
- 5) 日本胃癌学会編: 胃癌取扱い規約. 第13版, 金原出版, 東京, 1999
- 6) Mynter H: Acute Psoitis. J Buffalo Med Surg21: 202-210, 1981

- 7) 木下雅道, 鈴木浩之, 後町浩司 ほか: 大腸癌に続発した腸腰筋膿瘍の1例. 腹部救急医療の進歩11: 780-782, 1991
- 8) 中森康浩, 水島恒和, 位藤俊一 ほか: 左腸腰筋膿瘍を合併した下行結腸癌の1例. 外科67: 1351-1354, 2005
- 9) Chern CH, Hu SC, Kao WF et al: Psoas abscess: Making an early diagnosis in the ED. Am J Emerg Med. 15: 83-88, 1997
- 10) 山本寛齊, 白川和豊, 徳毛誠樹 ほか: 腸腰筋膿瘍を合併した下行結腸癌の1例: 臨外59: 755-758, 2004
- 11) 長見晴彦, 福田貴好, 田村勝洋 ほか: 胃癌患者におけるOK-432 (Picibanil) 経口投与の有効性について特にリンパ球幼若化反応の見地から. 島根医11: 231-234, 1991
- 12) 長見晴彦, 福田貴好, 田村勝洋 ほか: OK-432経口投与が有効であった進行胆嚢癌の1例. 日臨医52: 150-154, 1991
- 13) Fukuyama Y, Sasaki I, Naito H et al: Psoas abscess complicating Crhon's diseases: Report of two cases. Surg Today 26: 345-348, 1996