

Case 33-2016 :

A 30-Year Old Woman with Severe Lower Abdominal Pain and Chills

(*N Engl J Med* 2016; 375:1672-1681)

【鑑別診断】

1. 卵巣癌

CA-125 が高値であることと、CT 上で卵巣嚢腫が認められたことから鑑別に上がる。しかし、卵巣癌としては年齢が若すぎる(30 歳)。若年発症の卵巣癌だとすれば家族性のものが考えられるが、この患者に卵巣癌や乳がんの家族歴はない(そもそも BRCA1,2 を例に取っても、30 代で発症することは極めて稀である。以下の図 1 を参照(Antoniou A et al. *Am J Hum Genet.* 2003;72:117-1130))。さらに、造影 CT で壁が濃染するのは腫瘍よりも感染性の病変を示唆することから、腫瘍の可能性は高くはないが、除外は必要であろう。

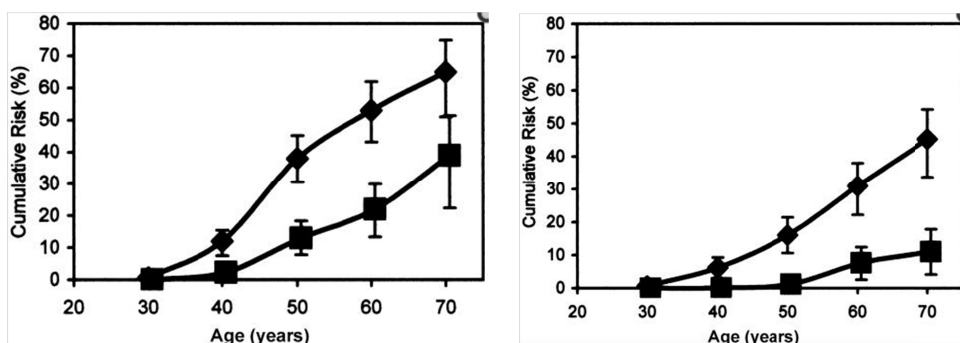


図 1 : 遺伝性乳がん卵巣癌症候群における年齢ごとの発症リスク(左 : BRCA1、右 : BRCA2)

<CA-125 について>

CA-125 は卵巣腫瘍のマーカーとしては比較的非特異的であり、腹膜炎で上昇する(以下の表参照)。表以外にも、閉経前の女性やアジア・アフリカ系の女性で CA-125 は高く、閉経後の女性、喫煙者、子宮摘出をされている女性では低値になるなど、CA-125 の値には腫瘍以外の多くの要素が寄与しうる。この患者では腹膜炎を反映しているに過ぎないだろう。

Table 2. Some Noncancerous Conditions That Can Increase Serum CA-125 Levels.
Endometriosis
Uterine fibroids
Menstruation
Pelvic inflammatory disease
Pleural effusion
Systemic lupus erythematosus
Diverticulitis

2. 卵管・卵巣膿瘍

通常卵管・卵巣膿瘍は上行性感染による骨盤炎症性疾患として発症する。リスク因子としては性感染症に感染していること、子宮内避妊器具(IUD)の使用、Crohn 病や憩室炎など消化器の炎症の既往があげられる。

a) クラミジア・淋菌

卵管卵巣膿瘍の原因微生物としては最も多いが、この患者は性交渉歴がないということで可能性は低くなる。ただし、クラミジア・淋菌が否定的であるから骨盤内膿瘍の可能性が否定されるわけではなく、他の原因微生物の可能性も検討する。

b) actinomyces

actinomyces による卵管卵巣膿瘍は両側卵巣腫瘍、リンパ節腫脹、CA-125 の上昇など卵巣癌を模することがあると報告されており、本症例の所見に合致するものの、actinomyces による骨盤内感染はほぼ全例が IUD 使用者であったことが本症例と合わない。

c) 結核菌

骨盤内結核も同様に両側卵巣腫瘍、リンパ節腫脹、CA-125 の上昇など卵巣癌を模した所見を呈することが報告されており、平均発症年齢の 25-40 歳である。東アジア出身であることも結核のリスクになることを考えると、比較的本症例に合致している。しかし、通常骨盤内結核は本症例のように急性発症するのではなく、緩徐な発症様式を取る点が合わない。

3. 腸管の炎症の波及

クローン病や潰瘍性大腸炎などの合併症として腸管に瘻孔を形成し、骨盤に炎症が波及することがある。また、虫垂炎や憩室炎などの急性の疾患であっても、卵管・卵巣に炎症が波及することはありうる。特に CT 検査の 15%程度で虫垂が同定できないことを考えると、本症例では腸管の炎症を示唆する画像所見はなかったものの、虫垂炎を否定することはできない。

ただし、虫垂炎破裂に伴う卵管卵巣膿瘍であるとすると、大きい卵巣嚢腫が 2 つ生じるのは不自然である。

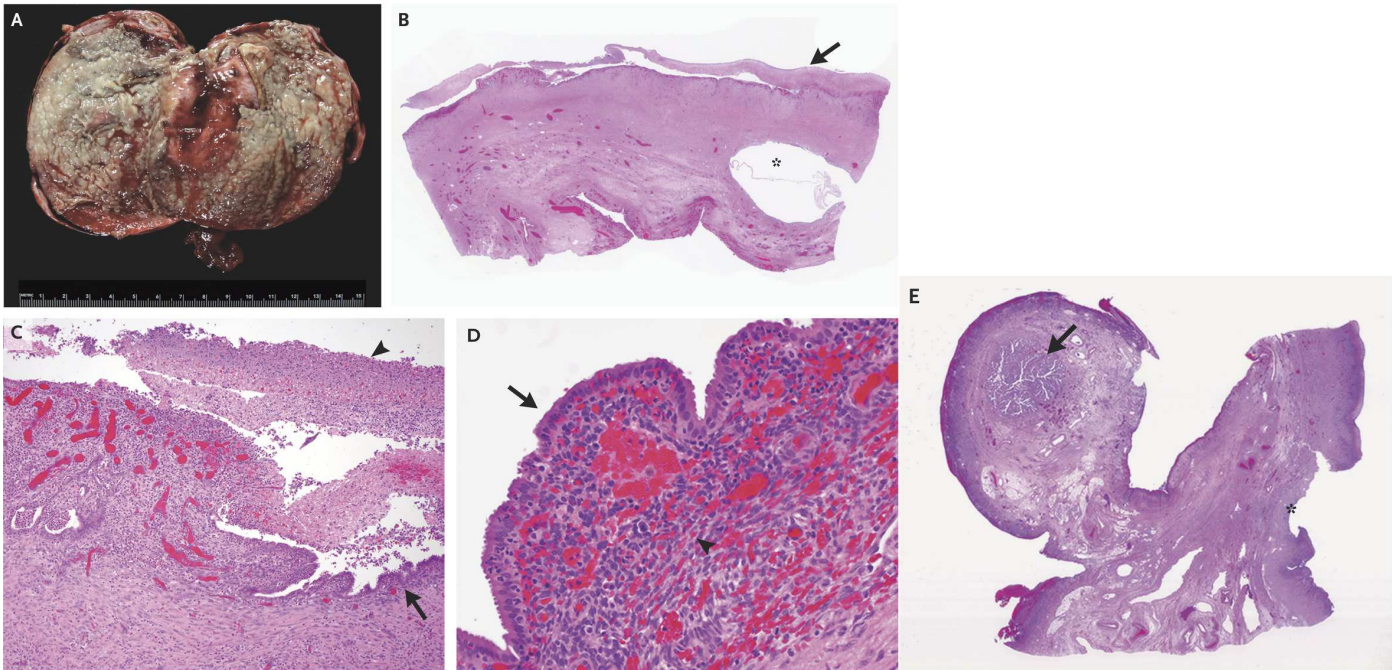
4. 良性卵巣腫瘍に伴う合併症

この患者は以前より卵巣嚢腫が指摘されている。既存の卵巣嚢腫との関連で急性発症する腹痛、発熱、白血球増多については破裂もしくは感染の 2 つ鑑別が上がる。

【入院後経過】

精査と並行して、入院直後から輸液、シプロフロキサシン、メトロニダゾール、モルヒネが開始された。抗菌薬を導入していたにも関わらず、腹痛、頻脈が増悪し敗血症や破裂を疑ったため手術の方針となった。当初は腹腔鏡手術を予定していたが、腹膜炎の程度が強く開腹手術に切り替えた。右付属器は切除、左付属器は温存し嚢腫のドレナージを行い、子宮も温存した。左付属器の嚢腫からはチョコレートシロップ様の液体が引けた。また、虫垂は表面が炎症を起こしているように見えたものの特に異常所見はなかったが、虫垂炎が背景にある可能性を考え切除した。

【病理学的評価】



右付属器の嚢腫の内部は出血性・膿性の茶色い液体で満たされていた。炎症細胞の浸潤あり。卵胞が観察されたため嚢腫は卵巣に発生したものと判明した。子宮内膜の間質(Dの矢印)、出血、ヘモジデリンで満たされたマクロファージが存在したことから、子宮内膜性の嚢腫であることがわかった。

術中に得られた標本を培養に提出したところ、MSSAが生えた。

<感染源についての検討>

付属器膿瘍の感染経路としては以下が知られている。

- 女性生殖器感染からの上行性感染(淋菌、クラミジア、膣常在菌など)
- 虫垂炎、憩室炎、IBDからの直接的な波及
- 遠隔部位の感染からの血行性・リンパ管性播種
- 外科的処置による感染

なお、子宮内膜症による嚢腫 510 例を調べた研究では、2%に病理学的に感染の所見があったという。

【診断】 子宮内膜症によるチョコレート嚢胞の急性炎症

【術後経過】 2週間の抗菌薬治療を継続により患者は回復した。回復過程で術後イレウスと軽度の創部感染を発症したが、腹腔内の汚染具合を考慮すればこれも驚くべきことではなかった。

【結語】

PIDの既往のない、出産を経験していない女性の急性腹症では卵巣膿瘍を鑑別にあげるべきであり、迅速な画像検査、抗菌薬投与、必要に応じて外科的介入を検討するべきである。