

原著

一般内科外来におけるFitz-Hugh-Curtis症候群の検討

鈴木 彩*¹ 生坂 政臣*² 小林 久滋*³ 三笠グラント*²

*¹ 医療法人社団鈴木内科

*² 千葉大学医学部附属病院総合診療部

*³ 久滋医院

キーワード：一般内科外来，クラミジア感染症，Fitz-Hugh-Curtis症候群，若年女性，右季肋部圧痛

要旨

【目的】 Fitz-Hugh-Curtis症候群（以下FHCSと略す）は，クラミジアによる骨盤内感染症に肝周囲炎を合併する症候群である．近年のクラミジア感染症の蔓延に伴いFHCSは若年女性の急性腹症の一因として注目されている．しかし腹痛の発症初期にFHCSと診断されず臨床各科を複数受診することも少なくない．そこで今回我々は一般内科外来で日常よく経験する若年女性の腹痛患者に対して，自験例との比較を元にFHCSの臨床的特徴を検討した．

【方法】 腹痛を主訴に一般内科外来を受診した30歳未満の女性患者155名においてFHCSの疾患頻度，症候学的特徴，受診経路について診療録を元にした後ろ向き調査を行った．

【結果】 若年女性腹痛患者155名のうち9名（5.8%）がFHCSと診断された．対象患者155名の主たる圧痛部位と最終診断の内訳は，臍部および下腹部では虫垂炎を含めた腸疾患がもっとも多く（55例），便秘（18例），婦人科疾患（17例）が次いで認められた．側腹部では約6割を泌尿器・整形外科的疾患が占めた．心窩部では胃炎および胃十二指腸潰瘍（29例）が最も多く，急性膵炎，胆石発作が各一例ずつ認められた．右季肋部圧痛を呈した症例にはFHCS 9例全例が含まれ，その他は子宮内膜症が1例認められたのみであった

（FHCS診断における右季肋部圧痛の感度は100%，特異度は99.4%）．FHCS 9例中6例に婦人科・泌尿器科的症候，5例に微熱～38度以上の発熱を認めた．また8例は初期に下腹部痛があり，その後上腹部へ痛みが移動した．さらに3例は婦人科からの紹介受診患者であった．

【結論】 腹痛を主訴に一般内科外来を受診した若年女性において，右季肋部圧痛を呈した場合は常にFHCSを考慮し，婦人科的な問診を加えることが診断に有用であると考えられた．また直前の婦人科受診歴や下腹部痛は，本疾患を示唆する重要な病歴と考えられた．

【はじめに】

Fitz-Hugh-Curtis症候群（以下FHCSと略す）とは，性行為感染の後クラミジアによる骨盤内感染をきたし，その後肝周囲炎を合併したものである^{1)~4)}．現在，我が国でのクラミジア感染症は性感染症の中で最も多く，毎年10000例以上の報告数があり⁵⁾，FHCSは若年女性の急性腹症の一因として注目されている．主な自覚症状は下腹部痛とそれに続く上腹部痛であり，帯下増加や不正出血などの婦人科症状を伴うことも知られている．確定診断は腹腔鏡による肝表面と周辺臓器との繊維性癒着（violin string adhesion）の観察⁶⁾や肝被膜からのクラミジア分離⁸⁾が行われてき

原著

たが、若年女性に多い疾患であることことから非侵襲的な方法が望まれ、最近では頸管スワブや尿のPCR、血清学的クラミジア抗体価の上昇によって診断されている。⁹⁾

しかし実際にはFHCSが発症初期に診断されることは少なく、他の腹痛を来す疾患の鑑別のため臨床各科を複数受診することも多い。そこで今回我々は一般内科外来で日常よく経験する若年女性の腹痛患者に対して、FHCSの疾患頻度、症候学的特徴、受診経路について検討したので報告する。

【対象と方法】

平成11年11月15日から平成12年9月28日までの期間に聖マリアンナ医科大学総合診療内科外来へ腹痛を主訴に来院した女性初診患者390名のうち、30歳未満の女性患者155名(平均年齢20.6±2.65歳)を対象とした。

方法は診療録を元に記載事項から年齢、主訴、主たる圧痛部位、下腹部から右季肋部への痛みの移動、随伴症候、発熱の有無、白血球数とCRP、受診経路について後ろ向き調査を行った。FHCSの診断は臨床所見、血清学的クラミジア抗体価、そして上腹部超音波による膵胆道系疾患の除外と抗生剤投与による症状の改善を以って行った。

【結果】

腹痛を主訴に受診した30歳未満の女性患者155名のうち9名(5.8%)がFHCSと診断された。図1に対象患者155名の主たる圧痛部位と最終診断の内訳を示す。臍部および下腹部においては虫垂炎を含めた腸疾患がもっとも多く(55例)、便秘(18例)、婦人科疾患(17例)が次いで認められた。側腹部では約6割を泌尿器・整形外科的疾患が占めた。心窩部では胃炎および胃十二指腸潰瘍(29例)が最も多く、急性膵炎、胆石発作が各一例ずつ認められた。右季肋部圧痛を呈した症例にはFHCS9例全例が含まれ、その他は子宮内膜症が1例認められたのみであった。当外来に腹痛を主訴に受診した若年女性における、右季肋部圧痛所見のFHCS診断に対する感度は100%、特異度は99.4%であった。

表1にFHCSと診断された9例の臨床所見と検査所見を示す。主訴は右季肋部痛が8例、心窩部痛が1例であり、右季肋部圧痛は全症例に認められた。また、下腹部から右季肋部へ痛みの移動を9例中8例で認めた。随伴症候として帯下増加や不正性器出血などの婦人科・泌尿器科的症候は9例中6例にみられた。うち1例は婦人科にて卵管炎と診断されていた。38度以上の発熱は、9例中4例に認め、微熱が1名、平熱が4名であった。

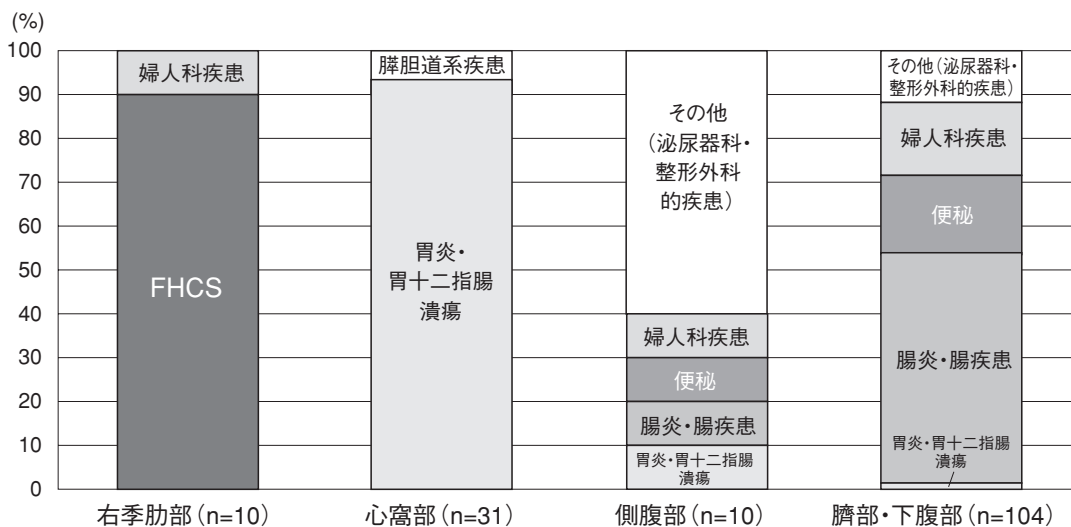


図1 腹痛を主訴に受診した30歳未満の女性患者155名の主たる圧痛部位と最終診断の内訳

原著

白血球数増加は4例に認め、CRPは全例で陽性であった。全症例において血清のIgAまたはIgMクラミジア抗体価が高値であった。治療には7例にミノマイシン、2例にクラリスロマイシンを用い、治療開始後3日から12日で全例症状の改善を認めた。

またFHCSと診断された患者9例のうち、3例は婦人科からの紹介受診であった。

【考察】

過去にFHCSがさほど重要視されず、最近になってこのように頻度の高い疾患として認識されはじめた背景には、若年層での無防備な複数の相手との性交渉の増加があると考えられる。本研究でも10代から20歳代前半までの若年層がFHCS症例の大半を占めていた。また今回腹痛を主訴に受診した30歳未満の女性患者155名のうち9名(5.8%)がFHCSと診断され、一般内科外来でも疾患頻度の高いことが判明した。これはFHCSが婦人科疾患であるにも関わらず、上腹部痛を主訴とするため多くの患者が一般内科外来を受診するためと推察する。FHCSは治療が不適切な場合、不妊症や流産などの後遺症を残す可能性もある。したがって本研究ではFHCSの早期診断に有用だと考えられる症候学的鑑別点を中心に考察を加えた。

虫垂炎では、臍上部から右下腹部への痛みの移動がしばしば診断の決めてになるが、本研究でも疼痛自覚部位の移動に着目した。同じく発熱と右

季肋部圧痛を呈し、鑑別が問題となりうる急性胆嚢炎とFHCSとの疼痛発生機転の違いを考えると、胆石発作から胆嚢炎を併発した場合、自覚痛は初期の内臓痛である心窩部から体性痛へと進展した右季肋部への移動であり、FHCSの尿道、子宮および付属器炎による下腹部痛が肝周囲炎としての右季肋部痛へと移動する点で臨床的に異なる。さらに若年者では胆石の頻度は低く、特に下腹部から上腹部へ自覚痛が移動した患者には、FHCSを鑑別の第一にあげるべきと考えられた。

また本研究では、若年女性で右季肋部に圧痛を呈す症例はきわめて高い感度、特異度でFHCSを診断できることが明らかになった。一方、同じく右季肋部圧痛を示す可能性の高い膵胆道系疾患は2例で、内訳は胆石症1例、膵炎1例と少なかったが、30歳以下という若年に限った研究であったことによると考えられる。

以上の症候学的特徴に基づいた身体診察の後、右季肋部圧痛を呈した場合はFHCSを考慮し、帯下の異常や不正出血等、最近の婦人科症状の有無を含めた問診を加えることが重要である。その際一般内科外来での若年女性患者に対する性交歴や婦人科症状の聴取はためられることも予想されるが、患者に疾患の特徴を理解してもらい問診を行うことが必要である。また、FHCS症例の9例中3例は婦人科を受診しているにもかかわらず内科へ紹介されており、婦人科経由が本疾患を否定することにはならないことには注意しなければなら

No.	年齢	主訴	右季肋部圧痛	下腹部から右季肋部への痛みの移動	随伴症候	体温℃	WBC/ μ l	CRP mg/dl	IgM g/dl (ELISA)	IgA g/dl (ELISA)	IgG g/dl (ELISA)
1	19	右季肋部痛	+	+	帯下増加	36.7	8700	1.9	0.09未満	2.34	未検査
2	18	右季肋部痛	+	+	頻尿 帯下増加	39.0	12700	7.8	0.09未満	7.92	7.56
3	25	右季肋部痛	+	+	なし	36.5	8100	3.1	2.38	3.80	1.20
4	22	右季肋部痛	+	+	不正出血 帯下増加	36.4	13500	0.9	1.42	5.42	7.49
5	21	右季肋部痛	+	-	頻尿	36.2	3900	1.1	未検査	1.50	4.43
6	20	右季肋部痛	+	+	不正出血	38.0	4700	0.5	2.77	7.44	6.91
7	18	心窩部痛	+	+	帯下増加	37.3	8500	3.2	未検査	4.34	6.79
8	24	右季肋部痛	+	+	なし	39.0	12100	7.6	1.33	未検査	5.11
9	18	右季肋部痛	+	+	なし	39.0	10800	9.7	0.61	1.75	5.74

表1 FHCSと診断された9例の臨床・検査所見

原 著

ない。むしろ婦人科受診歴は婦人科症状の存在の証左として、本疾患を積極的に疑う根拠とすべきであろう。

上腹部超音波による肝臓表面の観察も診断の重要な根拠になるとする報告¹⁰⁾も散見される。結果には示さなかったが、本研究では右上腹部圧痛をきたす症例全てに上腹部超音波検査を行った。しかし、1例に肝周囲の限局性腹水が観察されたのみであり、特徴的とされる肝被膜の肥厚所見や癒着は明らかではなかった。これは、比較的軽症期に診断治療を開始したことが影響したことや、術者の手技の巧拙や使用機種もその要因として考えられ、超音波の評価に関しては一考を要すと思われた。

FHCSの血液検査ではCRPが陽性であるにもかかわらず、白血球上昇が少ないとの報告⁹⁾がある。本研究でも全例CRP陽性であったが、白血球上昇を認めたのは半数以下であった。したがってFHCSの特徴として白血球数に比べてCRPの値が高くなる傾向が示唆され、急性胆嚢炎や虫垂炎との鑑別の一助になると考えられた。

また、本研究は若年層人口の比較的多いと考えられる都市部の病院で行われており、農村など高齢層の多い地域に比べてFHCSの有病率が高い可能性を考慮する必要がある。

本研究の要旨は第15回日本家庭医療学会（2000年11月、東京）において発表した。

文献

- 1) Curtis AH: A cause of adhesions in the right upper quadrant. *J.A.M.A.* 1930; 94:1221-22.
- 2) Fitz-Hugh T Jr.: Acute gonococcal perihepatitis of the right upper quadrant in women. *J.A.M.A.* 1934; 102:2094-96.
- 3) Wang SP, Eshenbach DA, Holmes KK, et al: Chlamydia trachomatis infection in Fitz-Hugh-Curtis Syndrome. *Am J Obstet Gynecol* 1980;

138:1034-38.

- 4) Wood JJ, Borton JP, Cannon SR, et al: Biliary type pain as a manifestation of genital tract infection: the Curtis-Fitz-Hugh Syndrome. *Br J Surg* 1982; 69:251-53.
- 5) 厚生省保険医療局感染対策室:感染症サーベイランス事業年報, 平成5年資料.
- 6) Keane JA, Mckimm RJ, David CM, et al: Perihepatitis associated with pelvic infection: the Fitz-Hugh-Curtis Syndrome. *N J Med J* 1982; 95:725-28.
- 7) Muller-Schoop JW, Wang SP, Munzinger J, et al: Chlamydia trachomatis as possible cause of peritonitis and perihepatitis in young women. *Br Med J* 1978; 1:1022-24.
- 8) Wolner-Hanssen P, Svenson L, Westrom L, et al: Isolation of Chlamydia trachomatis from the liver capsule in Fitz-Hugh-Curtis Syndrome. *N Engl J Med* 1982; 306:113.
- 9) 菅生元康, 他: 右上腹部痛をともなった頸管炎. *日産婦誌* 1987;39:1675-78.
- 10) 岩田道圭, 他: 超音波検査が早期診断に有用であったFitz-Hugh-Curtis症候群の3例. *日内会誌* 1998; 87: 340-41.

連絡先: 鈴木 彩

〒051-0016 北海道室蘭市幸町7-3
医療法人社団鈴木内科

Fitz-Hugh-Curtis Syndrome: Clinical Characteristics in the General Internal Medicine Outpatient Setting.

Aya SUZUKI*¹, Masatomi IKUSAKA*², Hisaji KOBAYASHI*³, Grant MISAKA*²

*1 Suzuki Clinic

*2 Department of General Medicine, Chiba University Hospital

*3 Kuji Clinic

OBJECTIVE : Fitz-Hugh-Curtis syndrome (FHCS) is a perihepatitis that occurs as a complication of chlamydial pelvic inflammatory disease. In recent years, attention has been placed on FHCS as a cause of abdominal pain in young females due to the spread of chlamydia. But, a high index of suspicion is essential for early diagnosis and it is common to see patients consulting various departments numerous times prior to the diagnosis of FHCS. Therefore, we investigated the clinical characteristics of FHCS by comparing our experiences of abdominal pain in young females that visited our general internal medicine outpatient setting.

METHOD : Retrospective study of 155 women under 30 years of age who had been examined at our hospital based outpatient clinic with a chief complaint of abdominal pain. The pathway to our clinic, symptomatological characteristics, and incidence of FHCS were reviewed from the medical records.

RESULTS : Among 155 young females with abdominal pain, 9 (5.8%) were diagnosed with FHCS. The main location of the abdominal pain and final diagnoses of the 155 subjects were as follows: Umbilical and lower abdominal pain most commonly resulted in gastrointestinal diseases (55 cases) including appendicitis, followed by constipation (18 cases), and gynecological diseases (17 cases). Lateral abdominal pain resulted in urologic and orthopedic disease in approximately 60% of the cases. Epigastric pain most commonly resulted in gastritis and peptic ulcer (29 cases) followed by one case of acute pancreatitis and biliary colic respectively. All 9 cases with FHCS and one case with endometriosis presented with right upper quadrant abdominal pain (Right upper quadrant abdominal pain in the diagnosis of FHCS, Sensitivity 100%, Specificity 99.4%). 6 out of 9 cases of FHCS experienced gynecologic and urologic symptoms, 5 experienced mild to moderate fever of over 38 degrees Centigrade (100.4 degrees Fahrenheit). 8 cases reported of initial lower abdominal pain progressing to upper abdominal pain. Furthermore, 3 cases were direct referrals from gynecologists.

CONCLUSION : Gynecologic history taking is useful in diagnosing FHCS when young females with right upper quadrant abdominal pain visit general internal medicine outpatient clinics. Prior gynecologic consult or lower abdominal pain is also an important history suggesting the presence of this dis-

ease.

Key Words: general internal medicine outpatient clinic, chlamydia,
Fitz-Hugh-Curtis syndrome, young female, right upper quadrant abdominal pain