

腸腰筋膿瘍 (iliopsoas abscess)

● 臨床症状

- 発熱、悪寒、戦慄、食欲不振、筋の走行に沿ったいずれかの部位〔背部、下腹部（腸骨窩）、鼠径部、臀部、股関節、大腿〕の疼痛、歩行時の間欠性跛行など。
- 発熱は75%、筋に沿った部位の疼痛は91%の症例に発症する[1]。
⇒症例の1/4は発熱しないため、熱がないからといって腸腰筋膿瘍を否定できない。
- 疼痛による股関節の可動域制限を伴う。股関節の屈曲、または腰部脊椎の前方移動によって腸腰筋が進展することにより疼痛が増悪する(腸腰筋徴候)。
- ベット上に臥床した時に、股関節を屈曲した姿勢を取りたがる場合は、腸腰筋膿瘍を疑う所見となる

● 検査（血液検査、培養検査）

- 白血球増多 (>10000/mL) が66.7%にみられる[1]。炎症反応による非特異的な所見が主であり、臨床症状および画像所見と合わせて診断する。
- 血液培養と膿瘍の穿刺検体を培養に提出する。
- 穿刺検体が得られれば、グラム染色を行い、起因菌を想定する。

● 画像検査⇒CTがgold standard

- CTの感度は単純で78%、造影で86%であり、本疾患の画像検査のgold standardとされている[2]。
(発熱患者でCTを行ったら、腸腰筋のサイズの左右差がないか確認する癖をつける)
◇ CTは撮像時期により感度が異なる。発症から1~5日では感度は低く、病初期には注意が必要である。一方、発症6日以降での感度は100%に近い[2]。

● 起炎菌⇒一次膿瘍か二次膿瘍かによって異なる。

- 一次膿瘍（血流感染やリンパ行性感染）の多くは単一菌由来であり、黄色ブドウ球菌が88%、レンサ球菌が4.9%、大腸菌が2.8%[3, 4]
◇ 口腔内環境のチェック（齲歯、歯周病、最近の歯科治療歴等）、外傷歴（擦過傷等も含め）、尿検査（尿路感染症のチェック）など、菌のエントリーとなる箇所がないかを見る。
◇ 黄色ブドウ球菌や連鎖球菌が検出された場合は感染性心内膜炎の検索も必要
- 二次膿瘍（腸腰筋に隣接する部位からの直接的な感染）は55%が複数菌感染であり、その内82%が腸内細菌によるものである[4]。

● 治療

開放または経皮穿刺ドレナージと適切な抗菌薬による加療を行う(抗菌薬選択については成書を参照)。
治療期間は炎症が落ち着き、膿瘍を画像上指摘できなくなるまで継続する。

1. Navarro López V, Ramos JM, Meseguer V, et al. Microbiology and outcome of iliopsoas abscess in 124 patients. *Medicine (Baltimore)* 2009; 88:120.
2. Takada T, Terada K, Kajiwara H, Ohira Y. Limitations of using imaging diagnosis for psoas abscess in its early stage. *Intern Med.* 2015;54(20):2589-93.
3. Shields D, Robinson P, Crowley TP. Iliopsoas abscess--a review and update on the literature. *Int J Surg* 2012; 10:466-9.