

単純 CT で指摘できず MRI で指摘された腸腰筋膿瘍の 1 例

矢野悠介¹⁾、太田龍一²⁾

要 旨：ADL 自立した免疫不全が疑われる 75 歳女性が発熱、右腰痛を主訴に当院を受診した。来院時は意識清明で頻脈や血圧低下はなく身体診察では腹部所見や CVA、脊柱叩打痛は認められなかったが、psoas sign が陽性であった。胸腹部 CT を含めた来院時の検査では炎症の現病巣は特定できなかった。入院して抗菌薬治療を開始したが症状が持続するため腰部 MRI 検査を行ったところ腸腰筋膿瘍、化膿性脊椎炎が指摘された。

キーワード：腰痛、不明熱、腸腰筋膿瘍、化膿性脊椎炎

(雲南市立病院医学雑誌 2021 ; 17(1) : 印刷中)

75 歳の女性が発熱、右腰痛を主訴に当院を受診した。受診 2 日前の日中は普段通りに生活していたが、夜から徐々に腰痛が出現した。前日の夕方からは 38 度以上の発熱があり、当日の朝には悪寒も出現した。体温 37.0 度、血圧 107/66mmHg、心拍数 76 回/分、腹部平坦、軟、右下腹部を深く押すと軽度圧痛あり。CVA、脊柱に叩打痛なし。Psoas sign 陽性。身体所見からは腸腰筋膿瘍や化膿性脊椎炎も鑑別に挙げたが、単純 CT で熱源は特定できず、脊椎、腸腰筋に以上は指摘できなかった。免疫不全も疑われたため、入院して抗菌薬による治療を開始した。その後も症状持続したため、第 9 病日に腰部単純 MRI 検査を行い、L4/5 で椎間板、椎体に T2WI 高信号域があり化膿性脊椎・椎間板炎が疑われ、右大腰筋には T2WI 高信号域があり、内部の比較的強い高信号から液貯留、一元的には膿瘍の可能性と考えられた。右腸腰筋にも浮腫を疑う信号変化を認め、右腸腰筋膿瘍、化膿性脊椎・椎間板炎と診断された。

腸腰筋膿瘍の初期症状としては、発熱、腰痛など非特異的である¹⁾。症状出現後 5 日目までの感度は単純 CT33%、造影 CT50%、MRI50%であり、第 6 日目以降の感度はいずれも 100%、全期間では単純 CT78%、造影 CT86%、MRI88%と報告されている²⁾。発症初期

の腰部 CT だけで腸腰筋膿瘍の除外はできない。免疫不全や身体所見など腸腰筋膿瘍が疑われる場合は、発症 6 日目以降さらなる画像検査を考慮する必要がある。

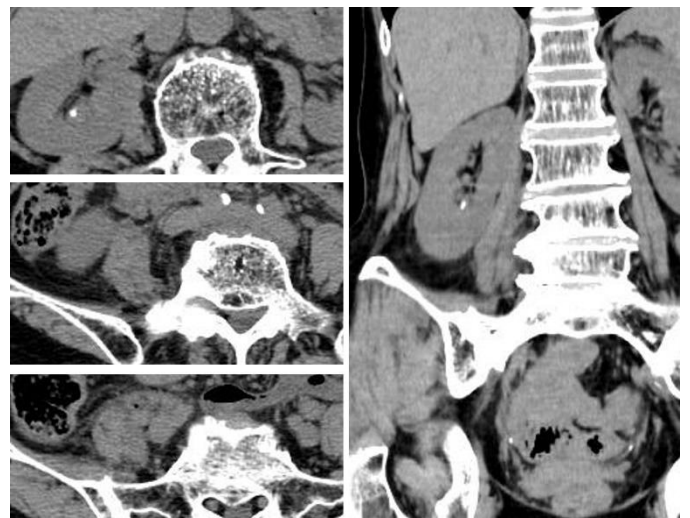


図 1 : CT 所見 : 腹腔内、後腹膜に熱源指摘できず、骨棘形成あり、腸腰筋膿瘍なし

1) 松江赤十字病院、2) 雲南市立病院内科

著者連絡先：矢野悠介 松江赤十字病院 [〒690-8506 島根県松江市母衣町 200]

E-mail: hospital-soumu@city.unnan.shimane.jp

責任著者連絡先：太田龍一 雲南市立病院内科 [〒699-1221 島根県雲南市大東町飯田 96-1]

E-mail : ryuichiohta0120@gmail.com

電話 : 0854-47-7500/ FAX : 0854-47-7501

(受付日 : 2020 年 8 月 5 日、受理日 : 2021 年 2 月 28 日、印刷日 : 2022 年 12 月 ● 日)

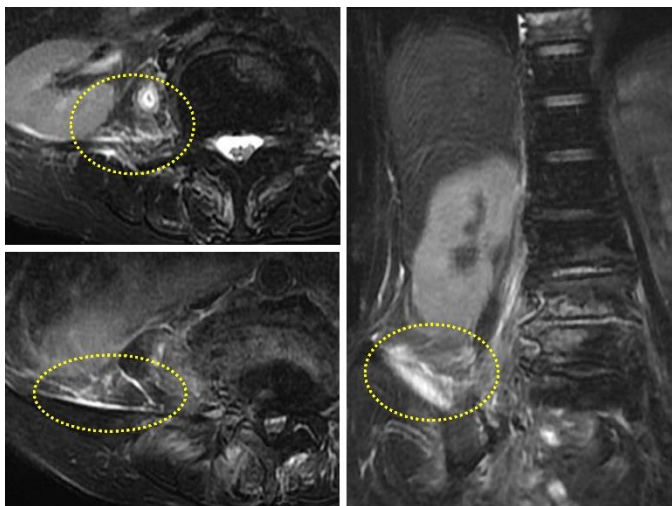


図 2 : MRI 所見 : L4/5 で椎間板、椎体に T2WI 高信号域があり化膿性脊椎・椎間板炎が疑われ、右大腰筋には T2WI 高信号域があり、内部の比較的強い高信号から液貯留。右腸腰筋にも浮腫を疑う信号変化を認めた

文 献

- 1) 富士武史 : 巻末用語集 腸腰筋膿瘍. 富士武史、田辺秀樹、大川淳編. 専門医の整形外科外来診療. 第 1 版. 東京. 南江堂. 2017.p428
- 2) Toshihiko Takada, Kazuhiko Terada, Hideki Kajiwara, Yoshiyuki Ohira. Limitations of Using Imaging Diagnosis for Psoas Abscess in Its Early Stage. Intern Med. 2015;54:2589-2593

A case of iliopsoas abscess revealed using magnetic resonance imaging (MRI), not identified by regular computed tomography (CT)

Yusuke Yano¹, Ryuichi Ota²

Abstract :

A case of iliopsoas abscess was revealed using magnetic resonance imaging (MRI) but could not be identified by regular computed tomography (plane CT). A 75-year-old female presenting with normal capacity in terms of activities of daily living (ADL) who was suspected of having an immunosuppressive condition was admitted to our hospital with complaints of fever and lumbago. She did not show conscious disorder, tachycardia, hypotension, abdominal irritation signs, and tapping pain on the costovertebral angle or vertebral region. However, she showed positive psoas signs. The examinations on admission included chest-abdominal CT, but this could not reveal the origin and focus of the fever. The focus of the inflammation could not be identified by the initial admission examination. Although we treated her at our hospital, her inflammatory signs did not diminish. We then performed a lumbar MRI, which revealed an iliolumbar abscess and purulent spondylitis.

Key words: lumbago, fever of undetermined origin, iliopsoas abscess, purulent spondylitis

1) Medical administration bureau, Matsue Red Cross Hospital, 2) Department of internal medicine, Unnan City Hospital

First author: Yusuke Yano, Medical administration bureau, Matsue Red Cross Hospital [200 Horo-machi, Matsue, Shimane 690-8506, JAPAN]

E-mail: hospital-soumu@city.unnan.shimane.jp

Corresponding author: Ryuichi Ota, Department of internal medicine, Unnan City Hospital [96-1 Daito-cho Iida, Unnan, Shimane 699-1221, JAPAN]

E-mail : ryuichiohta0120@gmail.com

Telephone: 0854-47-75007-7501 / Fax: 0854-47-7501