

肝被膜濃染を呈したFitz-Hugh-Curtis Syndromeの一例

瀬戸口, 太郎
九州大学大学院医学研究院臨床放射線科学

西江, 昭弘
九州大学大学院医学研究院臨床放射線科学

吉満, 研吾
九州大学大学院医学研究院臨床放射線科学

入江, 裕之
九州大学大学院医学研究院臨床放射線科学

他

<https://doi.org/10.15017/18685>

出版情報：福岡醫學雑誌. 94 (3), pp.48-50, 2003-03-25. 福岡医学会
バージョン：
権利関係：

症 例

肝被膜濃染を呈した Fitz-Hugh-Curtis Syndrome の一例

九州大学大学院医学研究院 臨床放射線科学

瀬戸口太郎, 西江昭弘, 吉満研吾, 入江裕之, 相部 仁,
田嶋 強, 篠崎賢治, 中山智博
柿原大輔, 本田 浩

A Case of Fitz-Hugh-Curtis Syndrome Representing Hepatic Capsular Enhancement

Taro SETOGUCHI, Akihiro NISHIE, Kengo YOSHIMITSU, Hiroyuki IRIE, Hitoshi AIBE,
Tsuyoshi TAJIMA, Kenji SHINOZAKI, Tomohiro NAKAYAMA,
Daisuke KAKIHARA and Hiroshi HONDA

*Department of Clinical Radiology, Graduate School of Medical Sciences,
Kyushu University, 3-1-1, Maidashi, Higashi-ku Fukuoka 812-8582, Japan.*

Abstract We present CT findings of a 22-year-old woman diagnosed as Fitz-Hugh-Curtis syndrome. The patient was admitted to our hospital with right upper abdominal pain. Abdominal enhanced CT showed hepatic capsular enhancement over the medial segment and the right lobe on the early phase. This capsular enhancement completely disappeared after treatment. Abdominal enhanced CT may serve as a non-invasive modality for the diagnosis of Fitz-Hugh-Curtis syndrome.

はじめに

Fitz-Hugh-Curtis syndrome (FHCS) は、骨盤内感染症に肝周囲炎を伴った病態で、右上腹部痛が特徴的な症状と言われている。1930年代に Curtis が淋菌性骨盤内感染症の患者の開腹手術時に肝前表面と腹壁間の癒着の存在を示し¹⁾、Fitz-Hugh が右季肋部の急性淋菌性腹膜炎を報告した²⁾ことから、この症候群が提唱されることとなった。本疾患の病原菌としては、近年、クラミジアの頻度が非常に高くなってきている。確定診断には、腹腔鏡や開腹術により肝被膜の病変から病原菌を同定することや、肝表面と腹壁の線維性癒着、いわゆる violin-string appearance を指摘することが必要である。しかし、本疾患はテトラサイクリンやエリスロマイシンなどの抗生物質の内服により完治する良性疾患であるため、可能な限り非侵襲的な検査にて診断されることが望ましい。過去において、超音波検査や上腹部 CT にて violin-string appearance や肝周囲の fluid collection が同定されたという報告もある³⁾⁽⁶⁾が、

これまでまとまった画像所見の報告はない。今回我々は右上腹部痛と血清学的な所見から臨床的に FHCS と考えられた 1 例の上腹骨盤の造影 CT 所見について検討した。

症 例 報 告

症例は 22 歳、女性。3 日前より右季肋部から側胸部にかけて痛みがあり、経過を見ていたが増強するため来院した。来院時の身体所見としては、右季肋部の圧痛が見られた。採血データとしては、白血球数は 7400/ul と正常上限を示すも C-reactive protein (CRP) 値は 8.7 mg/dl と高値を示した。その他、肝機能や尿検査を含めて、明らかな異常は指摘されなかった。胆嚢炎や胆石などの上腹部疾患の rule out のため超音波検査が施行されたが、明らかな異常は指摘されなかった。しかし、次に施行された上腹骨盤部の造影 CT では、早期相にて肝内側区から右葉外側面にかけての被膜濃染が認められた (Fig. 1A)。また、骨盤部では右付属器領域に卵管水腫と考えられる多胞性の病変が見られ、卵管炎の可能性が示唆された

(Fig. 1B). 腹水は骨盤内に少量見られたが、正常範囲内と思われた。次に骨盤内感染症の rule out のため受診した婦人科では、子宮頸管粘液より PCR 法にて *Chlamydia trachomatis* の存在が明らかになった。血清学的にも *Chlamydia trachomatis* に対する IgA, IgG 抗体価は、それぞれ 7.62, 3.33 といずれも高値を示した。以上より、Fitz-Hugh Curtis syndrome と臨床的に診断された。クラリスロマイシンの内服が開始された後、症状は次第に軽減して2週間後には完全に軽快し、同時に CRP も陰性化した。治癒後(初回より1ヶ月後)に撮影された follow-up の造影 CT では、前回認められた肝内側区から右葉外側面にかけての被膜濃染は完全に消失した (Fig. 2)。

考 察

Fitz-Hugh-Curtis syndrome (FHCS) は、右上腹部痛を有する若い女性の重要な鑑別診断の一つである。疼痛の原因としては、肝周囲炎による肝被膜あるいは腹膜への刺激が考えられるが、その肝周囲炎の病理学的形態は急性期と慢性期に分類される。急性期は肝表面の軽度の滲出性炎症が主体で、肝被膜の充血や点状出血および線維索性滲出が認められる⁴⁾。慢性期では肝表面と腹壁間にバンド状の線維性癒着が認められ、本所見は violin-string appearance として報告されている⁴⁾。今回我々が経験した症例の造影 CT 所見として、早期相での肝被膜濃染が認められた (Fig. 1A)。この所見は follow-up CT では認められず、FHCS の治癒とともに消失していた (Fig. 2)。す

なわち、右上腹部痛の原因である肝周囲炎を CT が描出していたものと考えられる。本症例の場合、発症から CT 撮影までの期間が3日と短い。FHCS における急性期肝周囲炎は腹膜の滲出性炎症であり、CT はこの炎症に伴う肝被膜の血流の増加および透過性の亢進を捉えているものと考えられる。ただし、本症例で見られる肝被膜濃染は他の病態にても認められる可能性があり、この所見が特異的であるかどうかの評価は今後の課題である。また、Haight らは FHCS 患者の上腹部 CT において肝前面と腹壁の間に線状の軟部陰影を報告している³⁾が、この症例では症状出現から CT 撮影までの期間が1ヶ月以上たっており、慢性期の FHCS に認められる violin-string appearance が、CT 上同定されたものと思われる。また、Romo らが指摘している肝周囲の fluid collection⁶⁾ も慢性期の所見と考えられ、本症例ではいずれの所見も認められなかった。また、本症例では骨盤内の所見が FHCS の診断に辿り着く契機となった (Fig. 2)。卵管水腫や骨盤内脂肪織の混濁などの、骨盤内感染症を示唆する所見も診断の一助となりうる。FHCS の確定診断には腹腔鏡や開腹術が必要であるが、良性の疾患であるため、侵襲的な検査は避けられるべきである。通常臨床では、右上腹部痛があり、*Neisseria gonorrhoeae* や *Chlamydia trachomatis* の感染が婦人科的あるいは血清学的に証明され、抗生物質投与後の治療効果からなされることが多い。それらに加え、一般に施行される造影 CT で、本疾患を疑わせる所見が示唆されたことは、臨床的に極めて

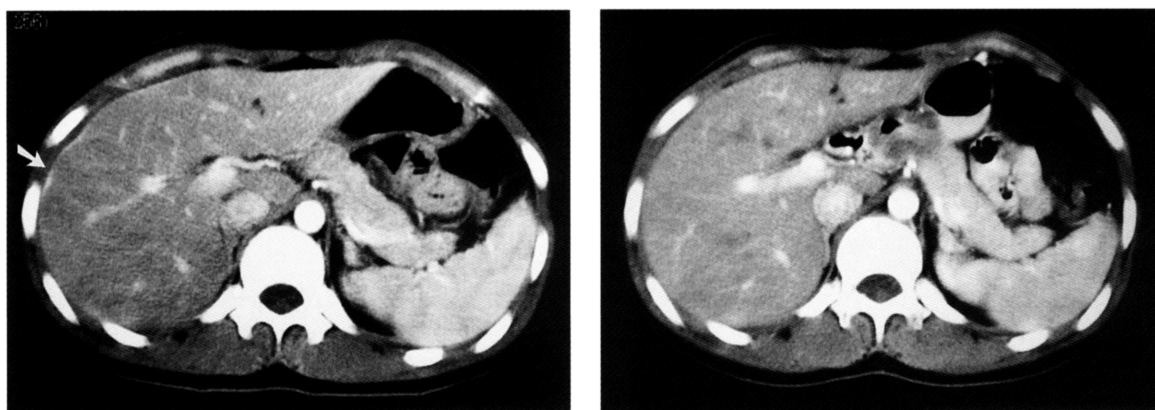


Fig. 1 Abdominal enhanced CT on the early phase. (A) Hepatic capsular enhancement is identified at the surface of the medial segment and the right lobe (arrow). (B) Multicystic mass is detected at the right adnexal region (arrow).

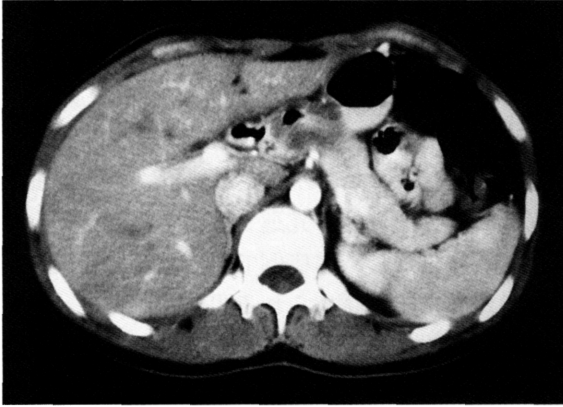


Fig. 2 Follow-up enhanced CT after treatment. Hepatic capsular enhancement on the early phase completely disappeared.

重要である。ごく最近、FHCSのCT所見に関する報告が散見される⁵⁾⁷⁾。Tsubukuらの報告と比較すると、我々の症例では、治癒とともに消失が確認された点で、肝被膜濃染がFitz-Hugh-Curtis syndromeの所見であることをさらに強く示唆するものと考えられる。これらの知見が本疾患の早期発見および適切な早期治療につながることを期待される。

文 献

1) Curtis AH: A cause of adhesions in the right

- upper quadrant. *JAMA* 94: 1221-1222, 1930.
- 2) Fitz-Hugh T, Jr: Acute gonococcal peritonitis of the right upper quadrant in women. *JAMA* 102: 2094-2096, 1934.
- 3) Haight JB and Ockner SA: Chlamydia trachomatis perihepatitis with ascites. *Am J Gastroenterol* 83: 323-325, 1988.
- 4) Lopes-Zeno JA, Keith LG, and Berger GS: The Fitz-Hugh-Curtis syndrome revisited: Changing perspectives after half a century. *J Reprod Med* 30: 567-582, 1985.
- 5) Nishie A, Honda H, Yoshitake T et al.: Fitz-Hugh-Curtis syndrome: Characteristic CT findings. *Supplement to Radiology*, 225 (p): 249, 2002.
- 6) Romo LV and Clarke PD: Fitz-Hugh-Curtis syndrome: Pelvic inflammatory disease with an unusual CT presentation. *J Comput Assist Tomogr* 16: 832-833, 1992.
- 7) Tsubuku M, Hayashi S, Terahara A et al.: Fitz-Hugh-Curtis syndrome: Linear contrast enhancement of the surface of the liver on CT. *J Comput Assist Tomogr* 26: 456-458, 2002.
- 8) van Dongen P. W. J: Diagnosis of Fitz-Hugh-Curtis syndrome by ultrasound. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 50: 159-162, 1993.

(受付 2003-2-21)