

胆道系感染症 2.胆管炎

静岡県立静岡がんセンター感染症内科 倉井華子

胆道系感染症のポイントは

- ① 胆石やがんなど原因がある患者におこす
- ② 臓器症状が乏しいことも多い
- ③ 外科的ドレナージが必要

の3点である。胆嚢炎、胆管炎、肝膿瘍について3シリーズでまとめる。

2. 胆管炎**■ 疫学**

胆管炎の原因としては胆石が最も多い。日本人の胆石保有率は徐々に増加しており、1993年には1,000万人を超えた。近年では一般人口の10%が胆石を保有していると推定される。胆石保有者の胆管炎発生頻度は0.3~1.6%である¹⁾。

■ 患者背景

胆道閉塞に伴い胆嚢内の内圧が上昇するのが主な病態である。胆道閉塞の原因の多くは胆石であるが、内視鏡処置、手術に伴う解剖学的変化、悪性腫瘍、胆嚢の血行障害、寄生虫(中国では胆石に並ぶ胆嚢炎の原因)、膠原病など要因は多彩である。過去に胆石症や胆道系悪性腫瘍がある患者では胆道系感染症を疑う。

■ 症状

胆嚢炎と異なり右季肋部痛は少なく、突然の発熱、嘔気嘔吐を主訴とすることが多い。閉塞に伴う黄疸を伴うこともある。上行性胆管炎のCharcot 3徴として発熱、腹痛(右季肋部痛)、黄疸があるが、3つの所見がそろうのは50-75%程度とされる。特異度は高いが、感度は低く、急性胆管炎の拾い上げは困難である。上行性胆管炎では、黄疸の進行が非常に速い。胆管炎では、胆嚢炎よりも菌血症に至るケースが多いため、悪寒戦慄を伴うことが多い。突然の意識障害とショックで発症し、発熱や疼痛を欠くこともある。

■ 検査

患者背景、症状、所見(血液検査+画像検査)から総合的に判断する。胆管炎を起こす患者は基本的に胆道系に問題(胆石や悪性腫瘍など)をもつ。肝・胆道系酵素上昇(AST,ALT,ALP,ビリルビンなど)の上昇を伴う場合が多いが、逆行性胆管炎や限局性胆管炎では必ずしも上昇しない。胆嚢炎と比べ菌血症を起こす症例が多く、40~70%程度の症例で血液培養が陽性となるので、血液培養2セットを忘れずに提出する必要がある。



図 CT: 拡張した胆管と肝膿瘍(自験例)

■ 治療

絶食, 補液, 鎮痛・抗菌薬投与が初期治療の基本となる。軽症例であれば保存的治療で速やかに改善するが, 初期治療に反応しない場合や中等症以上の症例では速やかに胆管ドレナージを行う。閉塞性胆管炎ではグラム陰性桿菌が主であるが, 逆行性(胆道系手術やステント留置例)では嫌気性菌が合併することもある。腸球菌もしばしば検出されるため, ドレナージされた胆汁のグラム染色で連鎖を伴うグラム陽性球菌が見られたら連鎖球菌、腸球菌のカバーを考える。腸球菌は、すべてのセファロスポリン系抗菌薬に耐性であることに留意する。

抗菌薬選択は以下の通りである。

軽症～中等症であれば

- ① セフメタゾール: 1g / 回(6 時間毎静注) 7 日
- ② アンピシリン/スルバクタム: 3g / 回(6 時間毎静注) 7 日

重症例では

- ① ピペラシリン/タゾバクタム: 4.5g / 回(6 時間毎静注) 7-10 日
 - ② セフェピム: 1g / 回(8 時間毎静注) + メトロニダゾール: 500mg / 回(8 時間毎静注) 7-10 日
- 血液培養からグラム陽性球菌が検出された場合はバンコマイシン 15-20mg/kg 12 時間ごとを追加する(治療期間は 14 日間)。

【参考】

1) 急性胆管炎・胆嚢炎 診療ガイドライン 2018

https://minds.jcqhc.or.jp/docs/gi_pdf/G0001075/4/acute_cholangitis_and_acute_cholecystitis.pdf

2) Tokyo Guidelines 2018(TG18)

: http://www.jshbps.jp/modules/en/index.php?content_id=47

3) Mandell, Douglas, & Bennett's Principles and Practices of Infectious Diseases, 9th ed. Elsevier, Philadelphia, 2019