

Y4-28

初回血液培養が陰性であったOccult bacteremiaの一例

熊本赤十字病院 小児科

○^{しんこう たかのみ}神宮 隆臣、窪田 祥吾、野中 俊彦、高木 祐吾、
右田 昌宏

症例は、極低出生体重児、急性脳症の既往、肺炎球菌とHibワクチン未接種の1歳半男児。1歳3ヵ月で急性脳症を発症し、当院にて急性期治療後、リハビリテーション目的に転院し、入院していた。帰宅中に40度の発熱で当院救急外来を受診した。

来院時、39度の発熱があったが、機嫌よく食事もとれていた。鼓膜発赤や頸部硬直、咽頭発赤、頸部リンパ節腫脹全でなく、胸部レントゲンで浸潤影なし、膿尿認めず、はっきりとした熱源を認めなかった。採血上、白血球36320/ μ l、CRP1.13と炎症反応上昇を認めたが、その他異常は認めなかった。熱源不明の発熱に対し、外来で血液培養を1セット採取し入院、経過観察とした。

翌日、フォローの採血にて白血球22830/ μ l、CRP5.43とともに高値を示し、細菌感染が疑われた。American academy of pediatricsに報告されたガイドラインは、3歳以下の肺炎球菌、Hibワクチン未接種児で、発熱のみを主訴とし、白血球が15000/ μ l以上の場合、occult bacteremia（発熱以外の症状を認めない菌血症）の可能性があると報告されている。未治療菌血症は10%が細菌性髄膜炎に進展する等、重症化の報告があるので、該当症例は血液培養を採取後の抗生剤開始を推奨している。本症例は入院翌日に2セット目の血液培養採取後、報告の多いoccult bacteremiaの起因菌である肺炎球菌やHibに対し、セフトリアキソンを開始した。結果、翌日より解熱。その後再発熱しなかった。

第1病日採取の血液培養は陰性だが、第2病日採取の検体は肺炎球菌が陽性であった。感受性から判断し、アンピシリンへ変更した。肺炎球菌occult bacteremiaの治療期間は10日と報告されており、10日間抗生剤使用し治療終了とした。なお、第7病日採取した血液培養から肺炎球菌は検出されていない。

本症例は、初回血液培養が陰性の為、ガイドライン通り初回血液培養採取後抗生剤を開始した場合は診断が困難であり、適切な治療が出来なかった可能性がある。

Y4-30

電撃性紫斑を認めた肺炎球菌性敗血症性ショックの一例

熊本赤十字病院 総合内科

○^{いしまつ かずあき}石松 憲明、甲斐 健一、帖佐 俊行、大戸 雅史、
加島 雅之、上木原宗一

症例は66歳男性。入院前日早朝、20分前後持続する悪寒戦慄、以降38度台の発熱および関節痛を認め、日中にかかりつけ医受診。検査では低血糖の他に異常所見なくウイルス性上気道炎と診断され、抗生剤点滴後、抗生剤・NSAIDs処方され帰宅した。夕方より背部痛が出現し、深夜には体勢保持困難となった。悪寒戦慄、38度台の発熱を再度認め、皮膚蒼白となったため救急車要請し当院へ搬送された。搬送到着時は血圧保たれていたが、各種検査処置中に血圧低下を認めた。悪寒戦慄は持続しており、全身の紫斑を認めた。採血上炎症反応上昇、凝固異常、肝機能異常、腎機能異常、乳酸値上昇認め、DIC・MOFの状態であった。SIRS診断基準4項目満たし、敗血症性ショックと診断。感染のfocusは不明だが、急速進行していること、全身の紫斑を認めていること、尿中肺炎球菌陽性であり、脾臓低形成であることから起炎菌として肺炎球菌を考慮に入れ、EGDTに則り集中管理を開始した。後に血液培養で肺炎球菌が検出された。ARDSも併発し、治療は困難を極めた。MOF・DICによる臓器障害の影響は大きく、腸管粘膜障害、偽膜性腸炎に伴う下痢の持続、出血性十二指腸潰瘍を認め、腎機能障害持続し透析導入となったものの、徐々に全身状態の改善を認め、入院74日目から経口摂取開始、入院81日目に人工呼吸器離脱となった。しかし、入院82日目に出血性十二指腸潰瘍による出血性ショックでICU管理となり、その後十二指腸潰瘍穿孔を繰り返し、穿孔性腹膜炎による敗血症性ショックを認めた。その後状態は改善せず、入院138日目に永眠した。今回、急速に進行する肺炎球菌性敗血症ショック、および電撃性紫斑の一例を経験したため、若干の文献的考察を加え報告する。

Y4-29

化学療法中にS. maltophiliaによる肺膿瘍を発生した急性骨髄性白血病の一例

秋田赤十字病院 血液内科

○^{みずさわ ひろた}水澤 雄太、山中 康生、齋藤 宏文

【緒言】*S. maltophilia*は好気性グラム陰性桿菌の一種であり、通常は病原性の低い菌である。しかし多剤に耐性であり免疫不全の患者においては致死的な感染症になり得る。今回、急性白血病の化学療法中に同菌による重篤な肺膿瘍を発生したが、抗菌薬により救命を得た貴重な症例を経験したので、文献的考察を含め報告する。

【症例】64歳男性

【主訴】呼吸苦、胸痛、発熱

【既往歴】虫垂炎手術後、肺結核

【現病歴】2013年2月上旬頃より発熱と呼吸苦を認め、同月に近医受診した。低酸素血症と左胸水を認め、当院紹介受診した。この時汎血球減少を認め、同日入院となった。骨髄穿刺で急性骨髄性白血病(M2)と診断した。11病日よりDNR+AraCによる寛解導入療法を施行した。WBCは最低で300/ μ lまで減少した。20病日より発熱性好中球減少症を発生し、MEPM 1.5g/day点滴開始した。しかし、中毒疹のため24病日よりPIP/TAZ 13.5g/dayに変更した。26病日に呼吸苦、SpO₂の低下を認め、胸部CTで右中葉の肺炎を認めた。G-CSFを投与し好中球数の回復を図り、またAMK、MCFG、AMPH-B、LZD等に変更したが改善せず、低酸素血症は進行した。45病日の胸部CTでは、右肺膿瘍と両側肺炎を認めた。喀痰培養で*S. maltophilia*が同定されたため、感受性の高いMINO 100mg/day 点滴、スルファメトキサゾール・トリメトプリム 12g/day 経口投与を開始した。その後呼吸状態は改善し、72病日の胸部CTでは両側肺炎の改善と右肺の肺膿瘍の空洞性変化の縮小を認めた。現在も抗生剤を継続中だが、低酸素血症は消失している。

Y4-31

巨大脾腫に伴う汎血球減少を認めた粟粒結核の1例

諏訪赤十字病院 血液内科

○^{おがわ みほ}小川 弥穂、武井 智美、内山 倫宏

【諸言】粟粒結核は不明熱を呈する際の鑑別疾患の一つとして重要であるものの、病初期には呼吸器症状を呈さないこともあり、発症から診断までに期間を要することも少なくない。今回我々は粟粒結核に伴い巨大脾腫及びそれに伴う汎血球減少を認めた症例を経験した。

【症例】37歳、男性。

【主訴】発熱。

【現病歴】平成25年1月頃より38℃を超える発熱を認めたことから近医受診。汎血球減少、肝脾腫、右肺異常影を指摘され、当院血液内科に紹介となった。来院時の検査所見は、WBC 670/ μ l、Hb 10.5g/dl、PLT 4.7 x10⁴/ μ lであった。骨髄検査では過形成骨髄の所見であり、数ヶ所にラングハンス巨細胞を伴う類上皮肉芽腫を認めた。CTでは肝脾腫、肝門部リンパ節腫脹、又肺野に粒状影及び右上葉S3に周囲に散布状の小結節影を伴う結節影を認め、PET-CTにて脾臓への強い集積、肝門部リンパ節及び全身の骨への異常集積を確認した。咳嗽を認めず、胃液による結核、非定型抗酸菌PCR検査は陰性であった。以後も汎血球減少は進行し、熱型の改善も認めなかったことから、診断及び汎血球減少の改善を目的に脾臓摘出術及び肝門部リンパ節生検を施行した。迅速病理所見にて結核感染が疑われたことから脾臓組織の結核PCR検査を提出したところ陽性所見となり、最終病理所見と合わせて粟粒結核と診断した。術後内服が出来ない期間はLVFX、INH、SMの3剤による治療を行い、熱型及び汎血球減少の速やかな改善を認めた。以後も転院した上で内服治療を継続中である。

【考察】抗酸菌感染症を示唆する所見を認めたものの、巨大脾腫に伴う汎血球減少あるいはPET-CT所見からは悪性リンパ腫の鑑別が必要であり、脾臓摘出術及びリンパ節生検を施行しなければ粟粒結核のみで一元的に説明することが難しい症例であった。