

# 一 般 口 演

第1日目 11月11日(木)

## 05-1

### 臍胸を合併した背部腫瘤を初発とする1型壊死性筋膜炎の一例

熊本赤十字病院 総合内科

○伊東 孝浩、帖佐 俊行、堤 直之、上田 裕二郎、加島 雅之、上木原 宗一

【現病歴】69歳男性。2009年12月頃から左背部腫瘤と軽度疼痛を認めるも放置。2010年2月初旬より同部位の疼痛増悪と全身倦怠感を認め近医を受診。MRIで肉腫が疑われ近日精査予定。2月9日、背部腫瘤の激痛のため当院へ救急搬送。高血圧、網膜色素変性症の既往のみ

【来院時現症】体温35.4℃、血圧110/50mmHg、心拍数97回、呼吸回数20回以上。やや不穏状態。総義歯で齧歯は認めず、呼吸音は左肺野の呼吸音減弱、左背部に大きさ5×8cm程の軟性で圧痛のある腫瘤あり。腫瘤は最近縮小傾向。皮膚に外傷や色調の変化なし。

【検査所見】WBC:27550/μL、GOT:52U/L GPT:45U/L、LDH:632U/L、CPK:818U/L、BUN:85.6mg/dL、Cr:3.61mg/dL、CRP:38.29mg/dL。胸部XPにて、左肺野の含気は不良。

【経過】臍胸による敗血症性ショック疑いで大量補液するもショックバイタルとなり、挿管後、DOA開始。臍胸の治療のため、SBT/ABPC3g+GM140mg+CLDM600mgを点滴静注。バイタル安定後、胸腹部CT施行。左肺野の含気不良と左側腰部～背部にかけて液貯留とガス像を認めたため、臍胸を伴う壊死性筋膜炎と診断し、背部腫瘤を切開。便臭を伴う褐色排膿あり。洗浄・デブリードマンの直前に心肺停止。血液培養からは菌は検出せず、膿培養よりグラム陽性桿菌(菌種同定不能)、Fusobacterium nucleatumが検出された。通常、1型壊死性筋膜炎は好気性・嫌気性菌の混合感染が原因で、起炎菌として黄色ブドウ球菌、大腸菌、A型溶連菌、Peptostreptococcus属、Clostridium属などで、外傷後やcompromised hostに起こりやすいとされている。今回の症例のような非典型例の1型壊死性筋膜炎について、若干の文献的考察を加え報告する。

## 05-3

### 妊娠中にHUSをきたした細菌性腸炎の一例

津久井赤十字病院 内科

○荻原 俊、内藤 純行、高佐 顕之、伊藤 俊、中川 潤一

胃腸炎はcommon diseaseであるが、今回我々は急激な経過をたどりHUSをきたした症例を経験した。

患者は27歳女性、主訴は腹痛と嘔吐と血性下痢であった。1週間前にユッケを食べた以外に誘因なく、3日前から数十回の血性下痢・嘔吐・腹痛・微熱持続あり。近医で整腸剤・止痢薬出されるも反応なく、当院受診した。腹部は平坦軟で右下腹部に軽度圧痛あるも筋性防御なし。WBC37800 CRP2.6であったがETECの可能性も考え静注抗生剤は控えて、カンピロバクターなど考えAZMのみ開始、ペンタジンにて鎮痛は図れた。

第2病日、エコー上大腸が全周に亘って著明に浮腫状で、腹水もみられた。障害範囲からは炎症性腸疾患などは否定的で、細菌性大腸炎にて矛盾しない所見であった。前医で妊娠反応が土とのことで再検にて陽性のため、CTは使わなかった。婦人科コンサルトにて4週2日でGS未確認、母体優先でCMZ開始となった。第3病日症状改善し、下痢の回数も減少したものの、第4病日に急激に血小板減少しsepsis・DIC傾向と考えIPM/CSに変更、ウリナスタチン併用した。第5病日やはり凝固異常とともに腎機能障害出現したため、HUS疑い大学病院コンサルトし、血漿交換適応にて転院となった。

血漿交換施行され患者は順調に回復し、後日の便培養ではE.Coliで大腸菌抗原同定は陰性であったため、Vero毒素によるものとの診断はついていない。鑑別として、Sepsisに伴う腎障害は否定できない。

今回妊娠下で画像・治療に制限あったものの、急激な増悪を防ぐことができなかったのか反省を踏まえ、若干の文献的考察を加え報告する。

## 05-2

### 抗菌治療に良好な経過を示すも度重なる再燃を認めた偽膜性大腸炎の一例

静岡赤十字病院 内科

○秋田 敬太郎、雑賀 三緒、片倉 慧美、レミン トウイン、大岩 孝子、坂巻 裕介、久保田 英司

【症例】77歳女性

【主訴】右下腹痛・発熱

【現病歴】右大腿から膝関節の疼痛および発熱にて当院を紹介受診。黄色ブドウ球菌による右大腿部の蜂窩織炎ならびに右膝化膿性関節炎の診断で入院となった。

【既往歴】代償性非A非B型肝炎

【入院後経過】Cefazolin 4g/day、Clindamycin 2400mg/dayの投与を行い第5病日に右膝関節滑膜切除術と10日間の右膝関節灌流療法を実施。術後も38度前後の発熱が持続するも熱源不明。第25病日から下痢および便中CDトキシン陽性より偽膜性大腸炎と診断。第27病日よりMetronidazole 1500mg/day内服を開始するも全身状態改善せず、第33病日よりVancomycin 500mg/day 14日間の内服に変更。これにより速やかな症状の消失を認めていたが、

同剤投与中止1週間後の第54病日に発熱を伴う下痢が発症。偽膜性腸炎再発の診断で再度Vancomycin 500mg/day 21日間の内服を開始。これにより再び速やかな症状の改善を認めていたが、同剤投与中止1週間後の第82病日に発熱と下痢悪化を認め、偽膜性腸炎の再再発と診断し(CDトキシンA陽性)、Vancomycin 500mg/dayより1ヶ月間かけて漸減投与中止とするtapering therapyを採用。

同剤投与量が125mg/dayとなっていた第99病日から37度台中盤の発熱と泥状便を認め、CRP13.9と上昇していたため偽膜性腸炎4回目の発症と考えてVCM500mg/dayに再び増量し、28日間同量を継続投与した。これにより順調な経過を得た。

临床上、偽膜性大腸炎の再燃はよく見られるが、良好な初期応答を示しかつ十分な抗菌治療を行ったにも関わらず短期間に3回の再燃(計4回の発症)を繰り返す偽膜性大腸炎を経験したため文献的考察を加え報告する。

## 05-4

### 病歴からツツガムシ病を疑いミノサイクリンが奏効した一例

熊本赤十字病院 内科

○竹口 真隆、坪井 由紀、堤 直之、中村 彰宏、城下 卓也、濱之上 哲、加島 雅之

発熱・発疹をきたす疾患は無数に存在するが、今回病歴と診察により早期にツツガムシ病を疑いミノサイクリン投与により奏効した一例を経験したので、当院にて経験した他の4例との比較と文献的考察を加えてここに報告する。

【症例】2型糖尿病にて治療中の74歳男性

【現病歴】入院2週間前に柿を取りに林に入った。入院8日前より倦怠感、入院7日前より発熱と体感より始まり顔面・四肢に広がった小丘疹を認めた。前医にて熱源不明で当院紹介受診となった。

【既往歴】59歳より2型糖尿病

【身体所見】38.0℃の発熱 体幹を始め顔面・四肢に小丘疹を多数認めた。

【検査所見】WBC:15830 CRP:16.92 AST:45 ALT:49

【入院後経過】病歴よりツツガムシ病を疑いMINO100mg×12時間毎で治療を開始した。入院第2日目には解熱、その後経過は良好であったため入院第9日目に退院となった。入院時のツツガムシカーブIgG:80 退院時のツツガムシカーブIgG:640と4倍以上の抗体価を認め、診断確定となった。

【考察】2009年4月以降当院では4例のツツガムシ病を経験したが、いずれも10-14日間に山や林の中に入ったエピソードがあった。インフルエンザや他の細菌感染症を疑い検査・抗生剤投与を行うも症状に改善認めず、適切な抗菌薬使用により重篤化すること無く軽快している。適切な診断・治療が早期になされなければ、DICを起こし致命的な経過を辿りかねないため、病歴の聴取や地域性も時期も考慮した診察が重要と思われる。