

松立 吉弘 浦野 芳夫

徳島赤十字病院 皮膚科

要 旨

80歳，男性．初診3日前より右下肢の発赤，腫脹があり紹介受診．39℃台の熱発，右下肢に熱感，圧痛を伴う境界明瞭な紅斑，腫脹がみられ，血液検査ではWBC 23,050/ μ l, CRP 29.16mg/dl と上昇，CK も4,632U/L と高値であった．壊死性筋膜炎も疑ったが，水疱や血疱はみられず時間経過で紅斑が拡大しないこと，安静時痛がないことから否定し丹毒と診断した．抗生剤治療により速やかに改善した．丹毒でもCKが上昇する場合があります，壊死性筋膜炎との鑑別が非常に重要と考える．

キーワード：丹毒，CK，壊死性筋膜炎，A 群 β 溶連菌

はじめに

丹毒は主に A 群 β 溶連菌による皮膚感染症で，日常診療において経験することの比較的多い疾患である．急な熱発，悪寒とともに熱感を伴う境界明瞭な紅斑がみられ臨床像から診断は容易なことが多いが，検査所見では炎症反応の上昇が参考となり，ASLO の上昇や局所からの細菌培養で A 群 β 溶連菌が検出されれば確定診断できる．病変の主座は真皮で感染が筋肉に及ぶことはない．今回，CK が高値を示し壊死性筋膜炎との鑑別を要した丹毒の症例を経験したので報告する．



a



b

図 1

症 例

症 例：80歳，男性

既往歴：前立腺癌，前立腺肥大症

現病歴：2008年7月29日より右足の発赤，腫脹が出現．徐々に増悪傾向のため8月1日に近医受診し，精査加療目的に当科紹介．

現 症：意識清明．安静時に疼痛の訴えなし．体温39.2℃，血圧137/76mmHg，脈拍101/分・整．胸・腹部に異常なし．右足背から下腿，膝窩部，大腿後面，臍径部にかけて熱感，圧痛を伴う境界明瞭な紅斑がみられ，右下肢全体は腫脹していた（図1a）．下腿では点状紫斑を伴っていた（図1b）．水疱や血疱はなかつ

た．他，全身に特記する皮疹はみられなかった．

検査所見：入院時検査所見を表1に示す．好中球優位のWBC上昇，CRP上昇を認めた．CKは4,632U/Lと高値だがCK-MBの優位な上昇はなかった．ASLOは正常値であった．ASTは113U/Lと上昇するがALT， γ -GTは正常．胸部XPではCTR 52%，肺うっ血や肺炎像なし．心電図は洞調律で明らかな異常所見はみられなかった．造影CTでは右下腿から足背部は対側と比べ著明に腫脹し，皮下脂肪組織のdensity上昇を認めた．筋肉の腫大もみられたが，壊死性変化やガス像はなかった（図2）．

経 過：CKが高値のため壊死性筋膜炎も疑ったが，水疱や血疱がみられないこと，安静時痛がないこと，

表1 検査所見

末梢血		生化学	
RBC	442×10 ⁴ /ul	AST	113 U/L
Hb	14.1 g/dl	ALT	31 U/L
WBC	23,050 /ul	γ-GT	35 U/L
neut (seg)	96.8 %	LDH	360 U/L
PLT	18.1×10 ⁴ /ul	CK	4,632 U/L
凝固系		CK-MB	82 U/L
PT	14.3 sec	T-bil	0.5 mg/dl
PT-INR	1.27	BUN	19 mg/dl
APTT	49.9 sec	Cre	1.24 mg/dl
フィブリノーゲン	605 mg/dl	Na	136 mEq/l
血中 FDP	6 μg/ml	K	4.1 mEq/l
尿検査		Cl	104 mEq/l
比重	1.018	Ca	8.7 mg/dl
蛋白	(1+)	CRP	29.16 mg/dl
糖	(±)	プロカルシトニン	(3+)
ケトン体	(-)	ASLO	76 IU/ml
潜血	(3+)	Glu	121 mg/dl
WBC	(-)	血液培養 陰性	
尿沈査			
赤血球	1 - 3 毎視野		

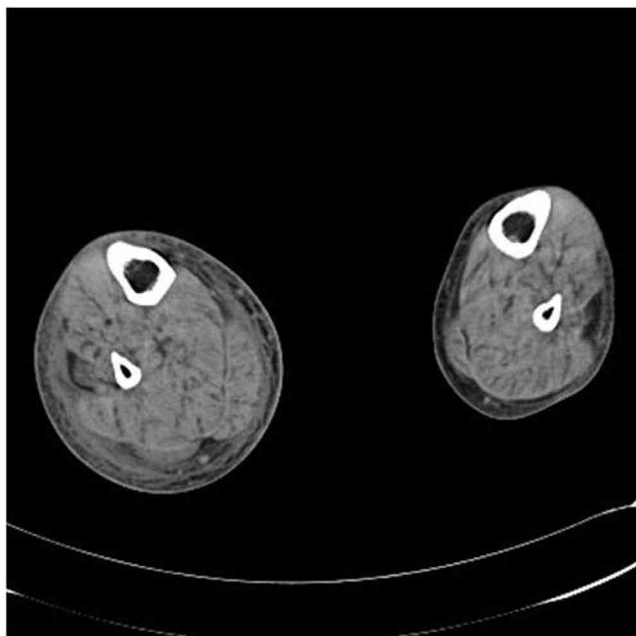


図2

CT 所見から否定し丹毒と診断した。入院の上、ピペラシリン Na (PIPC) 6 g/日点滴を開始した。その後、紅斑の拡大はなく徐々に消褪傾向となり、8月4日には解熱した。血液検査でも8月5日にはWBC, CRP, CKは改善傾向であった。しかしAST 101U/L, ALT 70U/L, γGT 73U/Lと肝障害がみられたため薬剤性を疑いセファゾリン Na (CEZ) 3 g/日に変更した。8月7日よりセフカペンピボキシル (CFPN-PI) 300mg/日内服にした。8月8日の血液検査でWBC 正常範囲内, CK 309U/L, AST 67U/L, ALT 56U/Lと改善したため退院した(図3)。

考 察

自験例はCKが高値であった点が特徴的で、CKが上昇する疾患との鑑別を要した。胸部症状がないこと、心電図変化がないこと、CK-MBの優位な上昇が

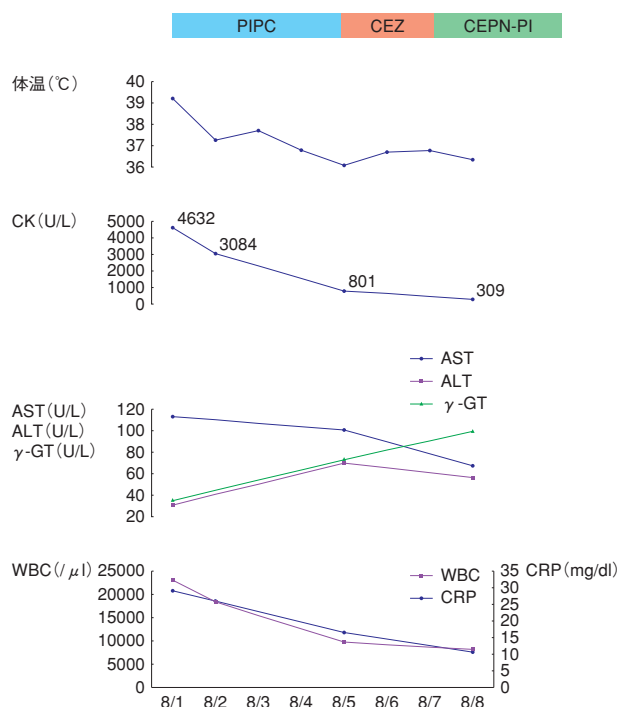


図 3

ないことから急性心筋梗塞や心筋炎は否定した。外傷や激しい運動の既往はなく筋損傷によるものも考えにくかった。また臨床像から皮膚筋炎は否定した。甲状腺機能の検索は行っていないが、抗生剤投与により速やかに CK 値が改善した経過から甲状腺機能低下症は否定した。CK 上昇は右下肢の丹毒に関連した変化と考えた。

丹毒は主に A 群 β 溶連菌による皮膚感染症である。通常真皮を主座とするため境界明瞭な紅斑をみる⁸、稀に深部に達し壊死性筋膜炎を合併することもある¹⁾。成書^{1), 2)}において一般的に丹毒で CK が上昇するとは記されておらず、CK が上昇する場合は壊死性筋膜炎を強く疑う所見として認識されている³⁾。Nakafusa ら⁴⁾の施設では丹毒や蜂窩織炎で CK が上昇した症例はなく、壊死性筋膜炎10例中3例(30%)で CK の上昇がみられたとしている。Simonart ら⁵⁾は101例の丹毒患者のうち95%は CK 600U/L 未満で、CK 値が正常範囲を超える場合には壊死性筋膜炎を疑う指標となると述べている。また A 群 β 溶連菌によ

る壊死性筋膜炎(以下 GAS NF)とその他の起炎菌による壊死性筋膜炎(以下 Non-GAS NF)とを比較し、GAS NF の CK 値がはるかに高かった(GAS NF: 平均値1,113U/L, Non-GAS NF: 72.5U/L)ことから A 群 β 溶連菌が筋肉に対する生物向性や毒性を持つのではないかと結論している。自験例では CT 検査で皮下組織だけでなく筋肉の腫脹がみられたことから病変の主座が浅い丹毒においても A 群 β 溶連菌の外毒素等の何らかの特性により筋肉に影響を及ぼし CK が上昇する可能性があると考ええる。

おわりに

CK が高値な軟部組織炎をみた場合には壊死性筋膜炎を強く疑うが、丹毒でも上昇する場合がある。両者は予後が著しく異なるため臨床像や全身状態、疼痛の有無等から明確に鑑別する必要がある。

文 献

- 1) 檜垣修一, 西嶋攝子: 丹毒. 玉置邦彦編「最新皮膚科学大系第14巻」, p79-81, 中山書店, 東京, 2003
- 2) 荒田次郎: 丹毒. 池田重雄, 荒田次郎, 西川武二編「標準皮膚科学」第5版, p368, 医学書院, 東京, 1997
- 3) 荒川謙三: 壊死性筋膜炎. 玉置邦彦編「最新皮膚科学大系第2巻」, p284-289, 中山書店, 東京, 2003
- 4) Nakafusa J, Misago N, Miura Y et al: The importance of serum creatine phosphokinase level in the early diagnosis, and as a prognostic factor, of *Vibrio vulnificus* infection. *Br J Dermatol* 145: 280-284, 2001
- 5) Simonart T, Nakahusa J, Narisawa Y: The importance of serum creatine phosphokinase level in the early diagnosis and microbiological evaluation of necrotizing fasciitis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 18: 687-690, 2004

A case of erysipelas with a high level of serum creatine phosphokinase

Yoshihiro MATSUDATE, Yoshio URANO

Division of Dermatology, Tokushima Red Cross Hospital

An 80-year-old man visited our hospital with a 3-day history of erythema and swelling in his right leg. The patient had a fever of 39°C, erythema with a clear outline, swelling, heat, and tenderness in his right leg. The blood test showed elevation of white blood cells (23,050/ μ l), C-reactive protein (29.16mg/dl), and a high level of creatine phosphokinase (4,632 U/L). We suspected necrotizing fasciitis, but we finally diagnosed erysipelas because the patient did not develop bullae and hemorrhages into the blister, the erythema did not increase with time, and he did not feel pain at rest. The patient promptly improved by antibiotic treatment. We experienced a case of erysipelas with a high level of the serum creatine phosphokinase. Therefore, discrimination between erysipelas and necrotizing fasciitis is necessary for such patients.

Key words: erysipelas, creatine phosphokinase (CK), necrotizing fasciitis, group A streptococcus

Tokushima Red Cross Hospital Medical Journal 16:116–119, 2011
