

Y4-32

膀胱破裂に起因すると推定されたフルニエ壊疽の一例

福井赤十字病院 研修医¹⁾、福井赤十字病院 腎臓泌尿器科²⁾、
福井赤十字病院 形成外科³⁾

○廣井 崇¹⁾、高田 昌幸²⁾、瀬崎 伸一³⁾、荒川 篤宏³⁾、
小松 和人²⁾

フルニエ壊疽は主に陰部周辺の壊死性筋膜炎の別称である。今回、膀胱破裂に起因したと推定された比較的稀なフルニエ壊疽を経験したので報告する。

【症例】

91歳、女性。1964年、子宮癌に対して子宮全摘と放射線照射の既往がある。2013年4月22日下痢が出現、近医にて胃腸炎と診断され対症的に加療されていたが、24日まで症状の改善なく他院へ紹介された。右下肢の淡い発赤、腫脹、高度の炎症所見があり、CTにて骨盤部から右大腿にかけてガス像を認めた。フルニエ壊疽と診断され、同日当院に紹介初診となった。腹痛、排尿障害の自覚はなかった。

【入院後経過】

緊急手術を施行した。まず右大腿部の広範な壊死性筋膜炎に対してデブリマンを行った。引き続き下腹部に切開創を延長すると、CTの所見に一致し、恥骨の破壊と膀胱前壁の欠損が見られた。これらの所見より、放射線療法に起因する潜在的腹膜外膀胱破裂と尿路感染がフルニエ壊疽の原因であると判断した。膀胱閉鎖は不可能であり、尿管カテーテルを挿入し、感染巣をよく洗浄した後、開放創とした。尿および膿の培養から*E. faecium*が検出され、バンコマイシンによる治療を開始した。集中治療室での加療後、全身状態は改善し、VAC療法により創管理を行なっている。

【考察】

フルニエ壊疽は短時間に敗血症、DIC、多臓器不全へと移行しやすく、緊急性、死亡率の高い疾患である。その主な感染経路は、皮膚の炎症、外傷や尿道損傷、カテーテル留置、精巣上体炎、痔瘻などである。膀胱破裂は一般に腹膜内破裂となるためフルニエ壊疽の原因とはなりにくい。本症例のように腹膜外破裂の場合は骨盤外病変にまで進展しうる。

【結語】

潜在的膀胱破裂に尿路感染合併の結果生じたフルニエ壊疽を経験した。

Y4-33

重篤なグラフト内シャント感染にも関わらず四肢切断・敗血症を免れた一例

秋田赤十字病院腎臓内科¹⁾、秋田赤十字病院救命救急センター²⁾

○若木 富貴¹⁾、小澤 政豊¹⁾、畠山 卓¹⁾、藤田 康雄²⁾

<症例>87歳 女性

<主訴>左上肢の疼痛

<現病歴>

慢性腎不全の増悪のため2011年4月、当院にて血液透析を導入し、左前腕にポリウレタングラフトにて内シャントを設置した。寝たきりで通院困難であったため、その後は近医で入院維持透析を行っていた。しかし2013年1月22日左グラフト全域の感染を発症したため当科に紹介入院となった。入院後早期に感染グラフト周囲の皮膚を切開し、排膿部の洗浄を連日繰り返した。血培ではMRSAが検出されたため、薬剤感受性結果を参考にMINOやTEICの投与を行った。排膿量を減らした後、同年2月27日左前腕感染グラフト除去術を行った。肘部上腕動脈にあって旧グラフト吻合部はポリテトラフルオロエチレン縫合糸にて閉鎖でき、末梢への血流を保つことができた。除去した人工血管には全長に亘って膿が付着していたが、その後連日創処置を繰り返し、同年4月には合併症を起こすことなく創を閉鎖し得た。

<考察>

四肢に留置された人工血管に感染を起こした場合、四肢の切断は8~52%が必要とされており、また敗血症により14~58%が死亡するとされている。特にMRSAや緑膿菌ではその転帰は不良とされる。本症例では菌血症を伴い、膿が全域にわたる重篤なグラフト内感染を来していたにもかかわらず、時期を見計らいながら適切な処置を行うことにより上記合併症を防ぐことができた。

10月18日(金)
要望演題(金)
抄録

Y4-34

尿中レジオネラ抗原陰性を呈したレジオネラ肺炎の1例

秋田赤十字病院 呼吸器内科

○杉田 弓奈、守田 亮、北原 栄、小高 英達、
吉川 晴夫、黒川 博一

【症例】81歳男性。発熱、呼吸苦、意識障害を主訴に前医を受診。胸部X線写真で右肺野に浸潤影を認めた。認知症もあり誤嚥性肺炎の診断で前医に入院加療し、IPC/CS + VCMの抗生剤投与にて経過を診ていたが、徐々に陰影の増悪、呼吸状態の悪化を認めた為に当院に転院となった。尿中レジオネラ抗原陰性であったが、喀痰検査で有意な所見は得られずβラクタム系抗生剤が無効であった経過よりレジオネラ肺炎を考えLVFXの投与を開始した。第3病日の血液検査で血清レジオネラ抗体 256倍の結果からレジオネラ肺炎と診断した。著明な低酸素血症も認め、第3病日から14病日まで人工呼吸管理とした。徐々に胸部の浸潤影の改善と炎症反応の改善を認め、LVFXは第20病日に投与終了、第21病日で酸素投与を終了した。その後は病状の再増悪なく、リハビリにてADLの改善を得られたため第78病日に前医へ転院とした。

【考察】レジオネラ肺炎は市中肺炎全体の約3%を占め、早期に適切な治療をしなければ重症化し死に至ることもまれではない。レジオネラ属菌は細胞内寄生菌であり、βラクタム系抗菌薬やアミノ配糖体は無効でありニューキノロンなどの細胞内移行性の良い抗菌薬が選択される。診断方法として尿中抗原検査がよく用いられ、感度60~90%、特異度99%以上と報告されているが、*Legionella pneumophila*血清型1のみしか検出できない。臨床経過より本症を疑った場合は喀痰検査や血清抗体価による診断を行い、適切な抗菌薬投与が必要とされる。今回、尿中抗原陰性であり血清抗体価で診断したレジオネラ肺炎の1例を経験したので文献的考察を含めて報告する。

Y4-35

難治性VFに対しIABP、PCPS、低体温療法を導入し良好な転帰を得た一例

石巻赤十字病院 初期臨床研修医¹⁾、
石巻赤十字病院救命救急センター²⁾

○洪 雄貴¹⁾、小林 正和²⁾、榎本 純也²⁾、詫間 裕史²⁾、
遠山 昌平²⁾、佐藤 哲哉²⁾、小林 道生²⁾、石橋 悟²⁾

【症例】特に既往のない52歳男性。1ヶ月ほど前から、たびたび咽頭部の違和感を自覚していた。当日昼過ぎから、咽頭違和感あり、突然痙攣を起こしたあと呼吸停止し、15:02に救急要請された。witness (+), bystander CPR (-)。15:11救急隊到着時、初期波形VF(心室細動: ventricular fibrillation)であり、除細動を3回施行しつつ、救急搬送となる。15:20来院。来院後もVFが継続し、アドレナリン静注、アミオダロン300mg静注でも消失しなかった。15:43(卒倒から41分後、来院から、23分後)PCPS(percutaneous cardiopulmonary support)開始。その後、除細動施行し15:44心拍再開した。病歴から急性心筋梗塞によるCPAと診断し、冠動脈造影を施行。左前下行枝に有意狭窄を認め、経皮的冠動脈形成術を施行した。その後、IABP挿入し、救命救急センター入院となる。入院後、低体温療法を施行。24時間34℃の体温を維持した後、0.05℃/hourで復温した。第5病日にPCPS離脱し、第6病日IABP抜去。第11病日に呼吸状態良好につき抜管。第12病日には自力経口摂取可能となり、一般病棟へ退出。日常生活動作に問題を認めず、第27病日、独歩にて退院となった。

【結語】今回の症例では、PCPSを用いたCPR (ECPR) を施行することにより、良好な神経学的転帰を得ることができた。各施設により明確な適応基準はなく、エビデンスとしては十分ではないが、難治性のVFに対しては積極的にECPRを考慮することが重要であると考えられた。