

## 頸部に発症した壊死性筋膜炎の1例

谷澤 秀<sup>1)</sup>, 小橋川ちはる<sup>2)</sup>, 上原 絵里子<sup>3)</sup>, 赤嶺 盛和<sup>2)</sup>,  
森山 朝裕<sup>4)</sup>, 外間 実裕<sup>5)</sup>, 大嶺 靖<sup>6)</sup>

**要旨**：症例は50歳男性。入院1ヶ月前から食思不振があり、2週間前から発熱を認め市販の解熱鎮痛剤を内服していた。3日前から会話も困難になり、意識障害が見られたため救急搬送された。当院到着後、診察中に心肺停止となり、CPR施行、8分後に心肺再開しICUへ入室した。後頭部から後頸部にかけて膿性分泌物を伴う、発赤腫脹が認められ、頭頸部CT、搔把時の所見から頸部壊死性筋膜炎の診断となった。血液培養、膿培養ともにB群連鎖球菌が検出され、Toxic shock like syndrome (TSLS)の状態であったと考えられた。抗生剤、PMX、連日の搔把により一命を取りとめた。壊死性筋膜炎は広範囲搔把をした場合の死亡率は4.5%、しなかった場合の死亡率は55.6%とされており、早期の壊死組織の搔把を含め、適切な抗生剤の投与や全身管理等の集学的治療が行われる事が大事である。

**Key Words** : 壊死性筋膜炎、B群連鎖球菌、Toxic shock like syndrome

### 【症例】

50歳、男性

### 【主訴】

意識レベル低下、発熱

### 【既往歴】

特記事項なし

### 【現病歴】

1ヶ月前から食欲低下が出現し、2週間前からは足も動かさずらくなっていた。また同時期に37度台の発熱も自覚し市販の解熱鎮痛剤を内服していた。3日前から会話も困難になり、来院当日意識障害が見られたため当院救急搬送された。来院時ショックバイタル、低酸素血症を認め来院30分後に心肺停止状態となった。直ちに気管挿管、胸骨圧迫等の救命処置をおこない心拍再開後ICUへ入室となった。

### 【入院時現症】

GCS:11 (E4V1M6) BT 37.7℃ BP 110/60 mmHg

HR 140回/分 RR 24回/分 SpO<sub>2</sub> 84% (リザーバーマスク10L)

身体所見

後頸部から後頭部にかけて発赤腫脹あり、膿性分泌物の流出あり。

背部から臀部にかけて皮膚びらん多発。

口腔内に齲歯複数あり

### 【入院時検査】

Table1に示す。

採血検査ではWBC、CRPなどの炎症マーカーの

【CBC】	Na	128 mEq/L	【血液ガス】
WBC 14900 / $\mu$ L	K	6.1 mEq/L	pH 7.258
RBC 446 $\times 10^5$ / $\mu$ L	Cl	92 mEq/L	pCO <sub>2</sub> 62.6 mmHg
Hb 13.3 g/dl	CRP	28.75 mg/dl	pO <sub>2</sub> 39.8 mmHg
PLT 21 $\times 10^5$ / $\mu$ L	GLU	471 mg/dl	Lac 3.9 mmol/L
【生化学】	HbA1c	14.7 %	HCO <sub>3</sub> 27 mmol/L
T-BIL 0.4 mg/dl	アンモニア	206 $\mu$ g/dl	BE -1.1 mmol/L
AST 40 IU/L	【凝固系】		AG 1.0 mEq/L
ALT 19 IU/L	PT-INR	1.32	
LDH 404 IU/L	APTT	46 秒	
ALP 316 IU/L	Dダイマー	2.7 $\mu$ g/ml	
BUN 87.7 mg/dl	FDP	8.4 $\mu$ g/ml	
Cr 1.09 mg/dl			
CPK 1308 IU/L			
CPK-MB 20 IU/L			

Table 1

沖縄赤十字病院 研修医<sup>1)</sup> 内科<sup>2)</sup> 皮膚科<sup>3)</sup> 整形外科<sup>4)</sup>  
泌尿器科<sup>5)</sup> 外科<sup>6)</sup>

上昇、血糖の上昇を認めた。また血液ガス検査では呼吸性アシデミアを認めた。

胸部単純レントゲン(Fig.1)において左下肺野に浸潤影を認めた。頸部単純CT(Fig.2)で後頸部の腫大と皮下のガス像を認めた

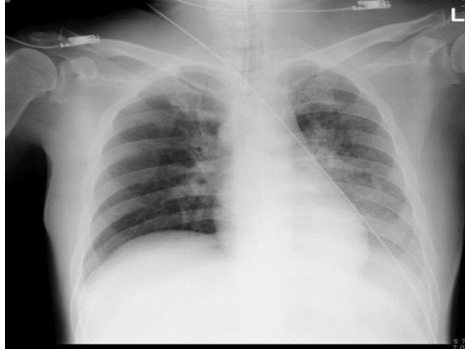


Fig.1

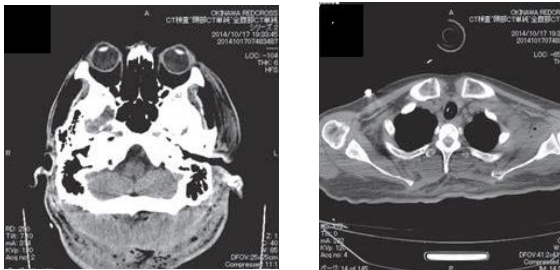


Fig.2

【入院後経過】

頸部から後頭部にかけて膿瘍形成を伴った発赤、腫脹が見られ、CTにて頸部から腋下にかけてガス像を認めた。また搔把時の所見にて、筋膜部で浸出液と筋膜の変性があり、組織が容易に指で剥離できたため壊死性筋膜炎と診断した(finger法)。壊死性筋膜炎による敗血症ショックと判断し昇圧剤投与しながら抗生剤加療、切開排膿を行った。またエンド

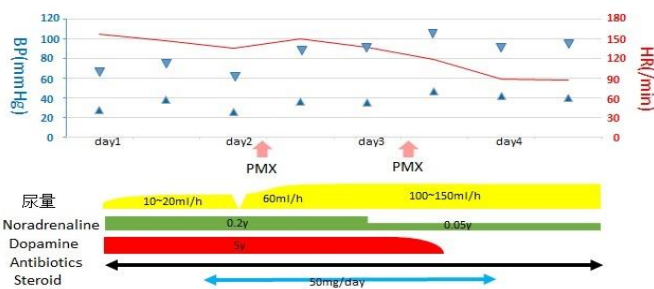


Table2

トキシシン吸着療法(PMX)も併用し徐々にバイタルサインの安定が見られた(Table2)。その後血液培養検査、膿瘍からの培養ではMRSA、B群溶連菌が検出された(Fig.3.4)。また採血で未治療の糖尿病があり血糖コントロールを開始した。第7病日に昇圧剤終了し、第26病日気管挿管チューブの抜管を行えたが、意識レベルは自発的開眼見られるのみで改善は乏しかった。定期的に壊死組織の搔把行うも、頸部から背部にかけての広範囲にわたる筋肉壊死を認めており(Fig.5)、形成外科のない当院ではこれ以上の治療は困難と考え第41病日に転院となった。転院後壊死組織の搔把、植皮術行い意識レベル、筋力の改善が見られた。第117病日血糖コントロール、創部処置継続の目的で当院に再入院となっている。

塗抹結果

グラム陽性連鎖球菌	(+)
-----------	-----

培養同定

同定菌名	同定菌量	単位	菌型	βラクタマーゼ
<i>Streptococcus agalactiae</i> (GBS)	(+)			
★(MRSA) <i>Staphylococcus aureus</i>	(+)			

Fig.3

感受性結果

薬剤名	<i>Streptococcus agalactiae</i> (GBS)	★(MRSA) <i>Staphylococcus aureus</i>
AMPC/CVA	<=1	
ABK		<=1 S
ABPC	0.12 S	>8 R
CAM	<=0.12 S	
CDTR	<=0.06	
CEZ		<=8 R
CFDN		>2 R
CFIX	1	
CFPM	<=0.5 S	
CLDM	<=0.12 S	<=0.5 S
CP	<=4 S	
CTM	<=0.5	<=8 R
CTRX	<=0.12 S	
CTX	0.12 S	
EM	<=0.12 S	<=0.25 S
FMOX		8 R
FOM		<=4 S
GM		<=1 S
IFM		<=1 R
LVFX	0.5 S	<=0.5 S
MEPM	<=0.12 S	
MINO		<=2 S
MPIPC		>2 R
PCG	0.06 S	>8 R
RFP		<=1 S
ST	<=0.5	<=1 S
TC	<=0.5 S	
TEIC		<=2 S
VCM	0.5 S	1 S
LZD		<=2 S
SBT/ABPC	<=0.25 S	<=8 R

Fig.4

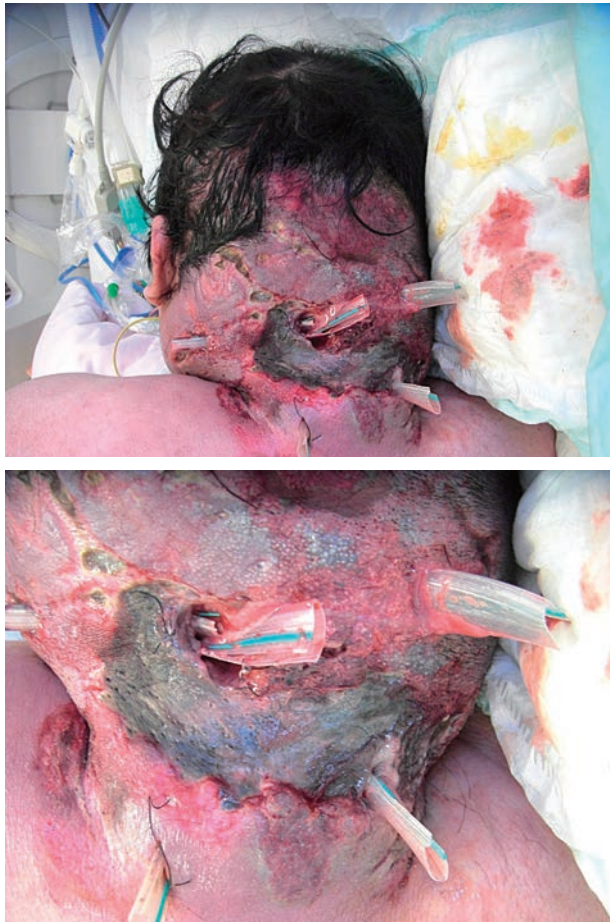


Fig.5

### 【考察】

頸部壊死性筋膜炎は胸郭や縦隔に炎症が波及しやすく、8~15%の症例が死亡することが報告されている。本症例では見られなかったが、縦隔への波及は50%の症例で見られ、降下性壊死性縦隔炎と呼ばれ予後不良である<sup>1)</sup>。原因疾患としては菌性感染(78%)、咽頭感染(16%)、外傷や術後(6%)である<sup>2)</sup>。起炎菌としては *Streptococcus* 属や *Peptostreptococcus* 属など嫌気性菌が多い。本症例において頸部への起炎菌のエントリーは不明であるが、齧歯が多発していることを考えると、菌性感染が考えられた。また頸部に皮膚びらんも多発していたため、創部からの感染の可能性も否定はしきれなかった。血液培養検査、創部培養検査から起炎菌はB群連鎖球菌と診断した。B群連鎖球菌は腸管、泌尿器、生殖器の常在菌である。壊死性筋膜炎の起炎菌としてまれであり、死亡率は40%と高値であ

る<sup>3)</sup>。

TSLSはA群連鎖球菌によりショックに陥った状態で、黄色ブドウ球菌により引き起こされる Toxic shock syndrome 様の症状が見られる<sup>4)</sup>。

近年B群、C群、G群のβ溶血性連鎖球菌も同様にTSLSの原因となると言われている<sup>5)</sup>。

頸部壊死性筋膜炎ではCTで軟部組織の肥厚や脂肪の破壊が特徴的であり、ガス産生(55%)、膿瘍形成(35%)で見られる。診断にCTが有用であるとされる<sup>7)</sup>。

今回救命に至った理由としては早期からのデブリードマン、広域スペクトラムの抗生剤を開始できたこと、TSLSに対してPMXが著効したことなど、早期からの集学的治療が行えたことが理由にあると思われる。

壊死性筋膜炎は敗血症性ショックやDIC、多臓器不全、TSLSに進行すると死亡率が高いため早期に診断し、壊死組織のデブリードマンを含め、適切な抗生剤の投与や全身管理等の集学的治療が行われることが必要である。

### 【引用文献】

- 1) Wysoki MG, Santora TA, Shah RM, et al. : Necrotizing fasciitis: CT characteristics. *Radiology*; 203: 261~265, 1984.
- 2) D. Mathieu, et al: Cervical Necrotizing Fasciitis: Clinical Manifestations and Manegement: *CID*; 21, 51~56, 1995.
- 3) Morven S. Edwards, Carol J. Baker: *Streptococcus agalactiae: Infectious Diseases and Their Etiologic Agents*: 2655~2666.
- 4) Stevens DL, et al. Severe group A streptococcal infections associated with a toxic shock-like syndrome and scarlet fever toxin A. *Nengl J Med* ;321 : 1~7, 1989.
- 5) The working group on severe streptococcal infections. Defining the group A streptococcal toxic shock syndrome. *JAMA* ; 269 : 390~391, 1993.

6) Ekelund K, et al: Invasive group A, B, C and G streptococcal infections in Denmark 1992-2002: epidemiological and clinical aspects. Clin Microbiol Infect ; 11: 569~576, 2005 .

7) Wysoki MG, Santora TA, Shah RM, et al. : Necrotizing fasciitis: CT characteristics. Radiology, 1984; 203: 261~265.