

# AMCoR

Asahikawa Medical University Repository <http://amcor.asahikawa-med.ac.jp/>

皮膚科の臨床 (2000.07) 42巻7号:1103～1105.

B群溶連菌が検出された劇症型壊死性筋膜炎の1例

伊部昌樹, 橋本喜夫, 飯塚 一, 熊谷彩恵, 河上 洋



# 症 例

## B 群溶連菌が検出された劇症型壊死性筋膜炎の 1 例

伊部 昌樹\* 橋本 喜夫\*\* 飯塚 一\*\*  
熊谷 彩恵\*\*\* 河上 洋\*\*\*

**要 約** 60 歳, 男性。約 40 年の飲酒歴があり, 非代償性アルコール性肝硬変, 糖尿病で内科入院中。初診の前日, 左前腕の疼痛を訴え, 翌日には暗赤色の紅斑が出現した。紅斑は急速に拡大し, 左前腕から上腕伸側にかけて広範な組織壊死に進展した。白血球数, CRP の著明な上昇を認め, ただちに抗生物質,  $\gamma$ -グロブリンの投与と同部位のデブリドマンを施行したが, 多臓器不全により死亡した。左上肢壊死部の皮膚, 筋膜, 筋, 滲出液の組織培養および血液培養から, B 群溶連菌と未同定のグラム陰性桿菌が検出された。基礎疾患を有する患者では, 初発皮膚症状が軽微でも自験のように極めて急速な経過をたどることがあり, 注意が必要である。

### I はじめに

壊死性筋膜炎は, 皮下筋膜を主な病変の場とする急性の重篤な細菌感染症である。初期病変は一見軽微であるが, 急速に進行し死に至ることもある。今回われわれは, 糖尿病と肝硬変を背景に急激に発症し死の転帰をとった壊死性筋膜炎の 1 例を経験したので報告する。

### II 症 例

**患 者** 60 歳, 男性

**初 診** 1998 年 6 月 19 日

**主 訴** 左前腕の疼痛を伴う紅斑

**生活歴** 日本酒の飲酒 8 合~1 升をほぼ毎日 42 年間続けていた。

**既往歴** 40 歳頃からアルコール性肝硬変症。54 歳, 胆嚢摘出術。57 歳, 58 歳時に食道静脈瘤破裂。59 歳から糖尿病を指摘されている。

**現病歴** 1998 年 5 月 29 日から, アルコール性肝硬変症に伴う肝性昏睡のため網走厚生病院内科で入院治療。外泊できる程度まで全身状態は回復したが, 6 月 19 日, 突然, 左前腕の疼痛を訴え, 翌日には同部位に暗赤色紅斑が出現し, 当科を紹介。

**現 症** 左上肢伸側は暗赤色から黒色調で腫脹し, 中央部は壊死性変化を認めた。前日は自発痛, 圧痛のみで紅斑, 熱感はなく, 皮膚に外傷所見もなかったという。

**X 線写真** 左前腕部の骨, 軟部組織に特に異常なし。

**経 過** 壊死性筋膜炎と診断し, 即日デブリドマンを施行。肉眼的に皮膚, 皮下組織, 筋膜, 筋肉に広汎な壊死を認めた (図 1)。

ほとんど出血なく, 大量の滲出液が排出されたが, 腐敗臭はなかった。ただちに, 抗生物質,  $\gamma$ -グロブリンなどの投与を開始したが, 代謝性アシドーシス, 腎機能障害を含む多臓器不全をきたし, 発症後 2 日で死亡した。おもな経過を, 図 2 に示す。

\* Masaki IBE, 網走厚生病院, 皮膚科, 医長

\*\* Yoshio HASHIMOTO & Hajime IIZUKA, 旭川医科大学, 皮膚科学教室 (主任: 飯塚 一教授)

\*\*\* Ayae KUMAGAI & Hiroshi KAWAKAMI, 網走厚生病院, 内科 (主任: 内田多久實副院長)

〔別刷請求先〕 伊部昌樹: 旭川医科大学皮膚科 (〒078-0085 旭川市緑が丘東 2 条 1 丁目 1-1)

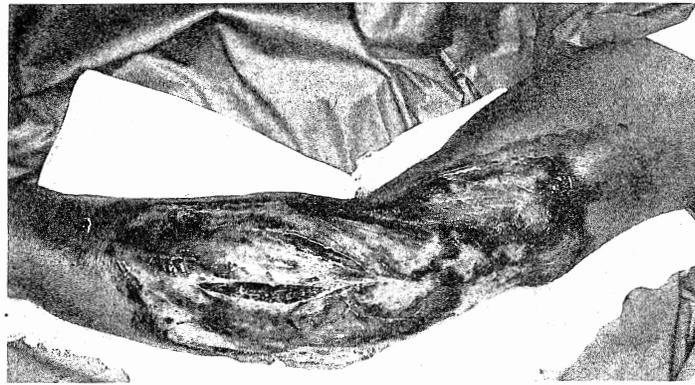


図1 臨床像：左前腕伸側の壊死部デブリドマン後

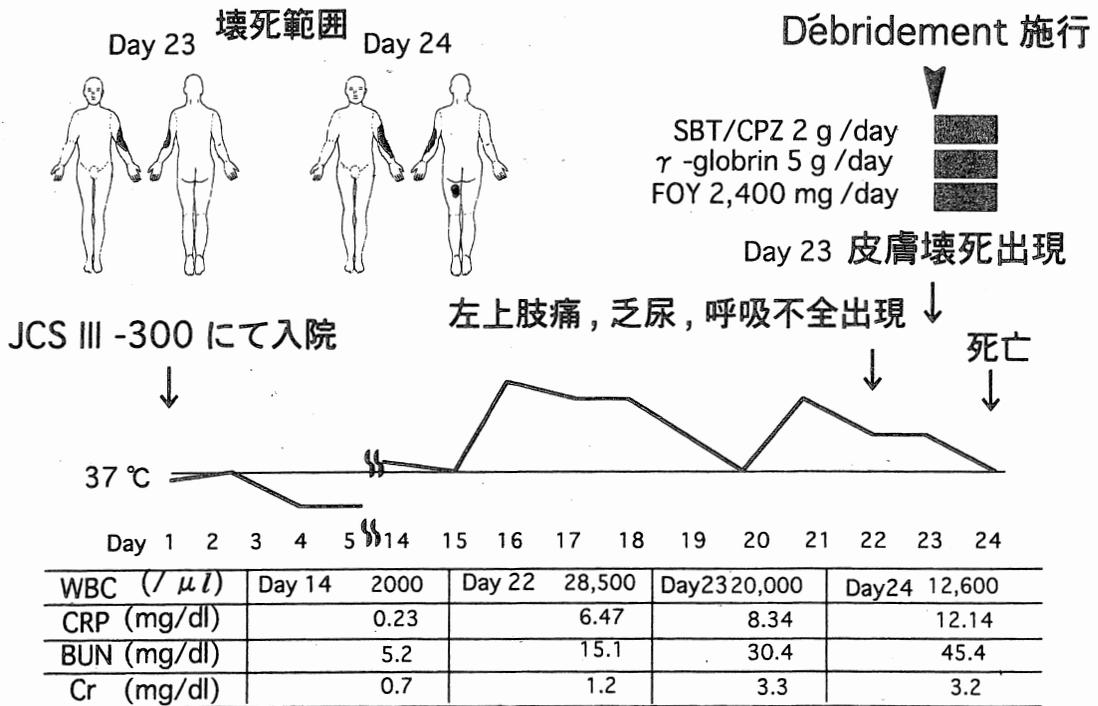


図2 入院後経過

**病理組織学的所見** 皮下筋膜部に最も強く壊死性変化を認めた。接する筋肉および皮下組織にも好中球を主とする炎症細胞が浸潤する (図3-a)。グラム染色で、筋膜の広範囲にグラム陽性球菌と少数のグラム陰性桿菌をみる (図3-b)。

**細菌学的検査結果** 左腕局所の皮膚, 筋膜, 筋肉を含め, 血液, 咽頭拭い液, IVH カテーテルの各種培養検体より B 群溶連菌を検出した。局所からはグラム陰性桿菌は培養されず, 同定できなかった。ただし, 嫌気性培養は施行していない。また, 血清中の ASO, ASK, antiDNaseB, エンドトキシンは, いずれも陰性だった。

以上の病理組織および細菌学的所見より, 本症例は B 群溶連菌と未同定のグラム陰性桿菌による I 型

壊死性筋膜炎と診断した。

### III 考 案

壊死性筋膜炎は, 筋膜および周囲脂肪織に急速に進展する壊疽性感染症である。発熱その他の全身症状を伴い, 局所に熱感, 腫脹, 水疱, 血疱, 壊死をきたし, しばしば敗血症に陥って死亡する。1977 年に Giuliano らは原因菌の特徴から, これを 2 型に分類し, *Bacteroides* や *Peptostreptococcus* などの 2 種類以上の菌の混合感染である I 型と, A 群  $\beta$  溶連菌の単独感染である II 型に分けた<sup>1)</sup>。I 型と II 型は単に原因菌の違いだけではなく, 臨床像や経過に大きな違いが

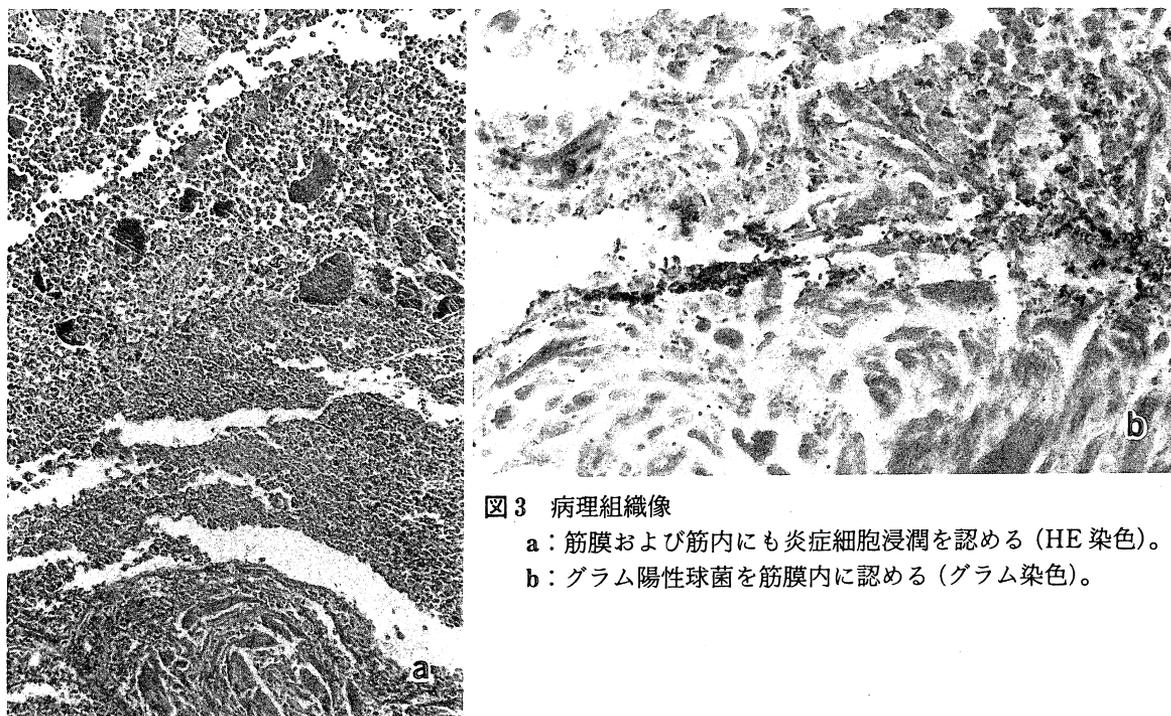


図3 病理組織像

- a: 筋膜および筋内にも炎症細胞浸潤を認める (HE 染色)。  
 b: グラム陽性球菌を筋膜内に認める (グラム染色)。

あり、両者を区別することは極めて重要である。I型は、個体の基礎疾患を基盤とする全身的ないしは免疫学的背景が重要な要因となるが、II型は約6割が特別な基礎疾患をもたず、菌側の要因が大きく関与すると考えられている<sup>2)</sup>。特にII型で短時間のうちに軟部組織壊死、多臓器不全、ショックをきたして高率に死亡する症例は、劇症型A群溶連菌感染症、別名toxic shock-like syndromeと呼ばれている。

自験例は、各種検体を用いた細菌培養の結果、B群溶連菌が検出され、これと未同定のグラム陰性桿菌による壊死性筋膜炎I型に該当すると考えた。B群溶連菌はA群に比し侵襲性は弱いですが、本症例の場合、宿主要因として肝硬変、糖尿病を有していたため、電撃的な経過により壊死性筋膜炎に陥り、さらに多臓器不全の進行も急激であったと考えられる。

壊死性筋膜炎では、局所の壊死や血管の閉塞のために投与された抗生剤が病変部に有効に移行せず、感染創の外科的切除が必要となる。近年、早期診断により、徹底的なデブリドマンおよび抗生

物質投与、全身管理で救命できた症例も報告されている<sup>3)</sup>。自験例の場合、皮膚の壊死が顕著となった時点で広範囲のデブリドマンを行い、病変の拡大は防いだが、低下した腎機能が回復せず救命できなかった。

従来から、壊死性筋膜炎のリスクファクターとして糖尿病が知られているが、近年、肝障害が注目されており、たとえば弱毒海水細菌である*Vibrio vulnificus*による壊死性筋膜炎も健常者では発症せず、事実上肝硬変患者に限られることが報告されている<sup>4)</sup>。このようリスクファクターを有する患者では、壊死性筋膜炎を常に念頭におき、可及的な早期治療の重要性を認識することが必要と考える。

(2000年1月21日受理)

#### 文献

- 1) Giuliano A et al: Am J Surg, 134: 52, 1977
- 2) 石井 寛ほか: 臨皮, 50: 18, 1996
- 3) 大原國章: 皮膚臨床, 34(特32): 1243-1248, 1992
- 4) 小野友道ほか: 臨皮, 53(増5): 13, 1999