

令和5年度 福島県地域医療症例検討会 アーカイブス

日時 令和6年2月17日(土)
会場 第1部 福島市「福島県医師会館」
第2部 福島市「精華苑本店」
発表者 福島県内の臨床研修医 6名
参加者 42名

主催：福島県
公立大学法人福島県立医科大学
(地域医療支援センター)
共催：一般社団法人 福島県医師会
福島市臨床研修“NOW”プロジェクト

—— 症例一覧 ——

ジムでトレーニング後に生じた不明熱の一例

3

発表者：公立藤田総合病院 研修医1年次 佐藤美佳

脾機能低下を伴う侵襲性肺炎球菌感染症

6

発表者：大原総合病院 研修医1年次 猪股佳幸

大動脈弁逆流、アトピー性皮膚炎があり、
4日前からの発熱で受診した38歳男性の一例

9

発表者：太田西ノ内病院 研修医1年次 坂本隆仁

皮膚筋炎による嚥下機能障害のため、
一時的に胃瘻造設を行った1例

12

発表者：福島赤十字病院 研修医2年次 安城和輝

進行膀胱癌の経過中に Trousseau 症候群をきたした一例


16

発表者：星総合病院 研修医1年次 三浦稜平

Streptococcus intermedius による細菌性髄膜炎の一例

19

発表者：南相馬市立総合病院 研修医1年次 吉田真



ジムでトレーニング後に 生じた不明熱の一例

公立藤田総合病院
研修医1年次 佐藤美佳

症例 79歳男性

【主訴】発熱、悪寒

【現病歴】

X年Y月Z日、ジムでいつもの筋力トレーニングを行い帰宅。その後、悪寒と39°Cの発熱を認め、Z+1日にA内科を受診した。感冒の診断で対症療法で帰宅となった。

Z+5日後、発熱が持続するため再び同医院を受診。WBC増多とCRP上昇を認め、キノロン系抗菌薬を処方された。

Z+12日後、解熱が得られず同医院を受診。再び同抗菌薬処方となった。

Z+30日後に同医院を再受診。不明熱の精査目的に当院内科紹介入院となった。

【既往歴】

60年前 肺結核

【内服薬】

テルミサルタン・ヒドロクロロチアジド配合剤 (2) 錠
テルミサルタン・アムロジピンベシル酸塩BP錠
プロチゾラム錠0.25 mg

【生活歴】

飲酒：なし 喫煙：約1箱/日、40歳まで
職業：無職、元会社員
海外渡航歴なし

【家族歴】

兄：糖尿病

入院時現症

General Appearance : Good

血圧 128/61 mmHg, 左右差なし

脈拍 78回/分, 体温 36.7°C, SpO2 98%(room air)

体重 58.6 kg (4 kg減/月)

頭部：眼瞼結膜蒼白なし、眼球結膜黄染なし

頸部：リンパ節の腫脹および圧痛なし。甲状腺の腫大と圧痛なし。

胸部：心音；心尖部で全収縮期雑音を聴取、呼吸音；crackles (-)

四肢：筋力低下と筋痛なし。こわばりなし。軽度の手指振戦あり。

皮膚：発熱時を含め、皮疹を認めず。結節、潰瘍および紫斑なし。

血液検査

【血算】

WBC 6.0 $\times 10^3/\mu\text{L}$
RBC 3.33 $\times 10^3/\mu\text{L}$
Hgb 9.9 g/dL
PLT 230 $\times 10^3/\mu\text{L}$
赤沈1h 130 mm
赤沈2h 150 mm
D-dimer 1.6 $\mu\text{g/mL}$

【生化学】

TP 7.3 g/dL Na 136 mmol/L
ALB 3.1 g/dL K 3.2 mmol/L
AST 22 U/L Cl 98 mmol/L
ALT 44 U/L CRP 6.84 mg/dL
LD 129 U/L
ALP 127 U/L
CK 30 U/L
T-Bil 0.6 mg/dL
BUN 16 mg/dL
Crea 0.78 mg/dL
eGFR 72.45 mL/min/1.73m²

血液・尿検査

【免疫】

IgG 1,566 mg/dL
IgA 188 mg/dL
IgM 96 mg/dL
C3 176 mg/dL
C4 40 mg/dL
血清補体価 60.8 CH50/mL
抗核抗体 陰性
PR3-ANCA 1.0未満
MPO-ANCA 1.0未満

【感染】

HBs抗原 陰性
HCV抗体 陰性
RPR定性 陰性
TPLA定性 陰性
HIV抗原/抗体 陰性

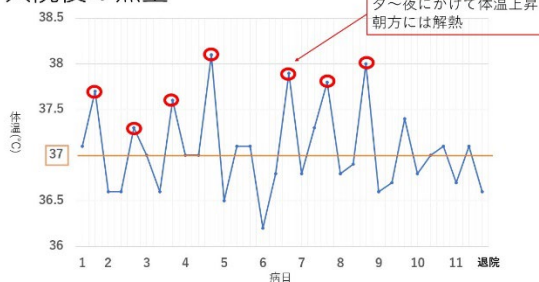
【血液培養】

2セット陰性

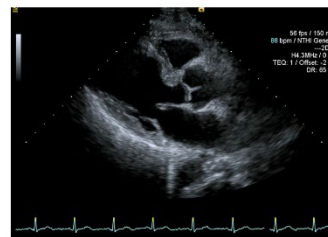
【尿検査】

尿定性・沈渣特記すべきことなし

入院後の熱型



心エコー



MR trivial

明らかな病変なし

胸骨左縁長軸像

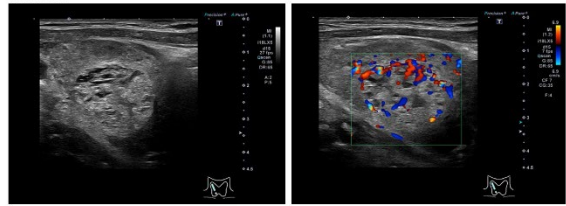
造影CT



- ・大血管炎を疑う所見なし
- ・明らかなリンパ節腫大なし
- ・甲状腺右葉の腫大あり

甲状腺エコー

【右葉】



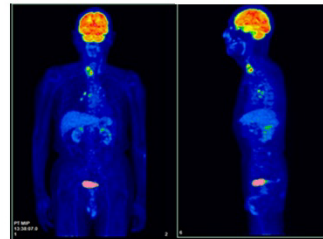
細胞診でClass II (良性病変、腺腫様病変)
周囲の甲状腺は低エコー

追加事項

【血液検査】

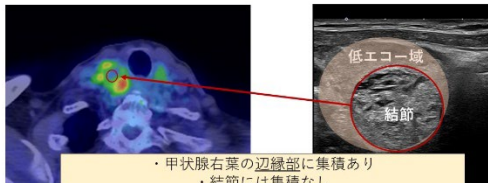
TSH	<0.005	μU/mL
FT3	6.34	pg/mL
FT4	3.17	ng/dL
TSH受容体抗体 (TRAb)	1.0	未満
サイログロブリン	124	ng/mL [≤ 35.1 ng/mL]
抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体 (抗TPO抗体)	3.7	IU/mL [< 3.3 IU/mL]
抗サイログロブリン抗体	10.3	IU/mL [< 19.3 IU/mL]
フェリチン	573	ng/mL [30-400 ng/mL]
可溶性IL-2受容体	1,250	U/mL [157-474 U/mL]

PET-CT



甲状腺と肺門部リンパ節に集積
脳・肝・尿路以外のその他の臓器や大血管への集積認めない

PET-CT (甲状腺)



- ・甲状腺右葉の辺縁部に集積あり
 - ・結節には集積なし
- 甲状腺辺縁部は低エコー域(=炎症を示唆する所見)
炎症部分への集積

Problem list

#不明熱

- #炎症反応高値
- #甲状腺炎症所見
- #TSH低値
- #FT3, FT4高値
- #サイログロブリン軽度上昇、抗TPO抗体軽度陽性
- #フェリチン軽度高値
- #可溶性IL-2受容体軽度高値

不明熱の原因疾患と本症例の比較

【不明熱の原因】

- ・感染症
- ・悪性腫瘍
- ・自己免疫性疾患
- ・その他 (内分泌性など)



【本症例の特徴】

- ・急性発症
- ・炎症反応高値
- ・甲状腺中毒状態
- ・血液培養陰性
- ・画像上悪性腫瘍の所見なし
- ・自己抗体陰性

感染症、悪性腫瘍、自己免疫性疾患は否定的
内分泌性 (甲状腺) が原因?

退院後の経過

	入院中	退院後 1週間	退院後 1ヶ月	退院後 2か月
TSH [μU/mL]	<0.005	0.026	11.85	5.22
FT3 [pg/mL]	6.34	2.76	3.17	3.26
FT4 [ng/dL]	3.17	1.23	0.83	1.02

- ・FT3、FT4の上昇は一過性であった。
- ・抗TPO抗体も陰転化した。
- ・平熱化し症状は軽快した。

炎症所見と併せて亜急性甲状腺炎 (疑い)

亜急性甲状腺炎の特徴

〔臨床所見〕

- ・発症2～8週前に先行する上気道感染を認める。
- ・有痛性甲状腺腫

〔検査所見〕

- ・炎症反応上昇（CRP上昇、赤沈上昇）
- ・疼痛部に一致した低エコー所見
- ・一過性の甲状腺中毒状態（TSH低下、FT4上昇）

〔経過〕

- ・発熱は午後から夜にかけて認められることが多い¹⁾。
- ・数ヶ月で自然治癒する。

1) 飯高訓, 診断と治療 89(2): 285-287, 2001

亜急性甲状腺炎の典型的な症状

倦怠感 93.4%

頸部痛 71.1%

動悸 50.4%

発熱 46.3%

体重減少 17.4%

無痛性甲状腺炎との鑑別にも用いられる特異的な症状

Bostan H, et al. 2021.Eur Thyroid J: 10(4):323-329

類似症例

- ・原因不明の発熱を呈した無痛性亜急性甲状腺炎の1例
(Birota N, et al. Careus. 2022 May; 14(5): e24949)
- ・高齢患者における亜急性甲状腺炎の唯一の症状として原因不明の発熱がみられた1例
(Raj R, et al. Case Rep Endocrinol. 2018;2018:5041724)

結語

- ・疼痛を伴わず発熱のみを呈する非典型的な亜急性甲状腺炎であり、不明熱の原因と考えられた。
- ・全身状態が安定していれば、ステロイドや広域抗菌薬投与を急がずまずは鑑別・診断を。

謝辞

甲状腺疾患に関して貴重なご助言をいただいた
なかのクリニック 中野恵一先生 に深謝します。

令和5年度福島県地域医療症例検討会
令和6年2月17日

脾機能低下を伴う 侵襲性肺炎球菌感染症



大原綜合病院
1年次初期研修医 猪股佳幸
指導医 総合診療科 菅藤賢治

令和5年度福島県地域医療症例検討会

令和5年度福島県地域医療症例検討会 COI開示

発表者名：猪股 佳幸

演題発表に関連し、開示すべきCOI関係にある企業などはありません。

令和5年度福島県地域医療症例検討会

【緒言】

・侵襲性肺炎球菌感染症(Invasive pneumococcal disease;以下IPD)とは、肺炎球菌による侵襲性感染症として、本菌が髄液または血液などの無菌部位から検出された感染症と定義される。

・脾機能低下とIPD発症リスクの関係、発症予防について考察できた症例を報告する。

令和5年度福島県地域医療症例検討会

【症例】50代 男性
【主訴】発熱、頭痛

【現病歴】

X-1日
起床時から37.5°Cの発熱・頭痛を自覚し前医を受診した。対症薬を処方されたが改善なく経過した。

X日
39°C台の発熱・頭痛が改善しないため前医を再度受診した。血液検査で炎症反応の亢進を認めたことから感染源評価目的に当院総合診療科に入院となった。

令和5年度福島県地域医療症例検討会

【既往歴】

痛風、中耳炎(学童期から繰り返している)

【常用薬】

フェブキソスタット 20 mg

【生活歴】

飲酒 焼酎2合/日
喫煙 20本/日(20歳~50歳現在)
同居 妻、子供2人(7歳、4歳)、両親
動物接触歴 なし
Sick Contact なし
性交渉 1年前が最終(妻とのみ)
食事 特記なし
ADL 自立

令和5年度福島県地域医療症例検討会

【バイタルサイン】

意識清明、体温 36.2°C、血圧 89/54 mmHg、心拍数 70/分、呼吸数 16/分、SpO₂ 98%(室内気)

【身体所見】

頭頸部 眼瞼結膜貧血(-)、点状出血(-)、眼球結膜黄染(+)、咽頭発赤軽度(+)、扁桃腫大(-)、白苔付着(-)
胸部 呼吸音清、左右差(-)、心音整、心雑音(-)
腹部 平坦軟、圧痛(-)、Murphy徴候(-)、肝叩打痛(-)
背部 肋骨脊柱角叩打痛(-)
四肢 関節の腫脹・熱感(-)、オスラー結節・Janeway病変(-)、皮疹(-)、刺し口(-)
神経 Jolt accentuation(+)、項部硬直(-)

令和5年度福島県地域医療症例検討会

【血液検査①】

(血算)		(生化)		(Na)	
WBC	20.4x10 ³ /μl	T.Bil	1.70 mg/dl	Na	133 mmol/l
RBC	4.75 x10 ⁶ /μl	D.Bil	0.83 mg/dl	K	3.3 mmol/l
Hb	14.6 g/dl	ALP	62 U/l	Cl	97 mmol/l
Hct	42.2 %	AST	490 U/l	CK	226 U/l
PLT	155x10 ³ /μl	ALT	240 U/l	AMY	36 U/l
Neu%	95.6 %	γ-GT	409 U/l	TP	6.6 g/dl
Lym%	1.7 %	LD	536 U/l	Alb	4.0 g/dl
Mon%	0.7 %	eGFR	44.4 ml/min/1.73m ²	CRP	21.32 mg/dl
Eos%	1.6 %	BUN	29.3 mg/dl	(血糖)	
Bas%	0.3 %	CRE	1.38 mg/dl	血糖	113 mg/dl
		UA	10.7 mg/dl	HbA1c	5.8 %

令和5年度福島県地域医療症例検討会

【血液検査②】

(感染症)		(髄液検査)		(尿検査)	
IgG-HA抗体	0.29 S/CO	CK (髄液生化)	28 μU/ml	pH	5.5
IgM-HA抗体	0.06 S/CO	LD	23 U/l	蛋白	+-
HBsAg 定量	0.00 IU/ml	細胞数	6 /μl	糖	-
HCV定量	0.09 S/CO	多核	1 /μl	ケトン体	-
IgA-HEV抗体	陰性	単核	5 /μl	潜血	-
HIVAg/Ab定量	0.27 S/CO	蛋白定量	53 mg/dl	白血球	-
CMV-IgG	<6.0 AU/ml	糖定量	65 mg/dl	亜硝酸塩	-
CMV-IgM	0.10 S/CO	色調	無色透明	比重	1.016
HSV-DNA定量	<100 拷-/ml	清濁	清	色調	麦藁色
EBV-VCA-IgG	160 倍			清濁	清
EBV-VCA-IgM	<10 倍			肺炎球菌荚膜抗原	陽性
EBV-EBNA	40 倍				





令和5年度福島県地域医療症例検討会

【微生物検査】
 血液培養 2セットからペニシリン感受性肺炎球菌
 尿培養 陰性
 髄液培養 陰性

【生理検査】
 心エコー 左室壁の運動性は良好、壁運動低下なし、粗大な弁膜症なし、疣腫なし
 心電図 HR 73 /min、洞調律、軸変位なし、ST変化なし
 T波正常、異常Q波なし、完全房室ブロック所見なし

【入院時胸部レントゲン】



明らかな肺炎像は認めず

令和5年度福島県地域医療症例検討会

【診断】

(1)臨床的特徴：発熱
 (2)血液培養：ペニシリン感受性肺炎球菌が検出

↓

診断：侵襲性肺炎球菌感染症

治療：ペニシリンG 2400万単位/日点滴投与
 →治療経過は良好

令和5年度福島県地域医療症例検討会

【考察①】

IPDのリスクとなるのは…

↓

- ・免疫不全患者(主に液性免疫不全)
 (悪性リンパ腫、多発性骨髄腫、慢性リンパ性白血病、HIV感染症など)
- ・脾臓が機能的または解剖学的にない人
 (無脾症、脾臓摘出後、脾機能低下など)

→ 本症例の患者は脾機能低下が原因である可能性を疑った

令和5年度福島県地域医療症例検討会

【考察②】

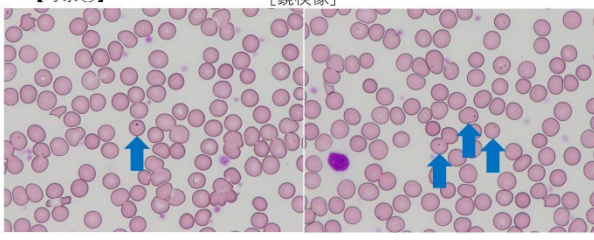
脾機能低下の評価はどうすればよいのか…

↓

- ・テクネチウム99m標識硫黄コロイドシンチスキャン
- ・テクネチウム99m標識またはルビジウム81標識熱損傷自己赤血球クリアランス
- ・血清タフトシン測定
- ・位相干渉顕微鏡による穴あき赤血球の検出
- ・IgMメモリーB細胞数の測定
- ・脾臓の低形成かつHowell-Jolly小体の検出 → 簡便！

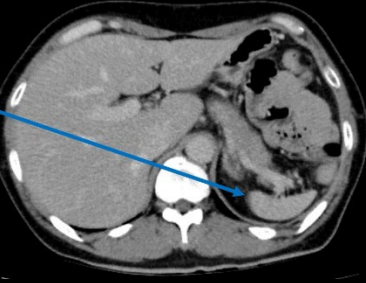
令和5年度福島県地域医療症例検討会

【考察②】 [鏡検像]



Howell-Jolly小体を認める (↑)

【考察③】 [入院時造影CT]



【脾臓】
 70 mm × 42 mm × 16 mm
 (体積 32.6 cm³)

※日本人では平均体積120 cm³
 前後の報告が多い

令和5年度福島県地域医療症例検討会

【考察④】

診断：侵襲性肺炎球菌感染症

+

脾臓の低形成を認めた
 Howell-Jolly小体の検出

↓

最終診断：脾機能低下を伴う侵襲性肺炎球菌感染症





令和5年度福島県地域医療症例検討会

【考察⑤】

脾機能低下と診断した場合には...



脾摘後重症感染症予防に準じて

肺炎球菌ワクチン
インフルエンザb型ワクチン(Hib)
髄膜炎菌ワクチン
の接種を検討

加えて、発熱時の対応も重要

令和5年度福島県地域医療症例検討会

【まとめ】

- ・免疫不全や基礎疾患の既往のない50代男性のIPDを経験した。
- ・脾臓の低形成とHowell-Jolly小体の検出から脾機能低下によるIPDと考えた。
- ・治療後はワクチン接種などの今後の発症予防につなげられた症例であった。

令和5年度福島県地域医療症例検討会

【参考文献】

- (1)青木眞, レジデントのための感染症診療マニュアル 第4版, 医学書院, 2020
- (2)Marco Vincenzo Lenti et al. nature reviews disease primers 『Asplenia and spleen hypofunction』 2022年
- (3)Antonio Di Sabatino et al. Lancet. 『Post-splenectomy and hyposplenic states』 2011年; 378: 86-97
- (4)ピーター パーラム(2016), エッセンシャル免疫学 第3版, メディカル・サイエンス・インターナショナル, 2016
- (5)厚生労働省, 「13 侵襲性肺炎球菌感染症」, (閲覧日2024年2月5日)
<https://www.mhlw.go.jp/huwa/kenkou/kekkaiki-kanranshou/1/01-05-09-02.html>
- (6)中川清美他, 日本軟骨病学会雑誌 2011年; 22: 330-336
- (7)中川清美他, 日本検査血液学会雑誌 2012年; 13: 12-16
- (8)東藤徹他, 日本骨中代謝学会雑誌 2013年; 20: 395-399
- (9)中川清美他, 日本検査血液学会雑誌 2014年; 15: 445-450
- (10)清水橋之信, 日本検査血液学会雑誌 2020年; 3: 323-328
- (11)川村隆之, 治療 2023.3; Vol.105 No.3: 328-332
- (12)若本典子, medicina 『無脾症』 2022.3; Vol.59 No.3: 454-457

ご清聴ありがとうございました



大動脈弁逆流、アトピー性皮膚炎があり、
4日前からの発熱で受診した38歳男性の一例

太田総合病院附属 太田西ノ内病院
初期研修1年次 坂本隆仁
指導医 新保卓郎

38歳男性 発熱

現病歴

- ・(X-7)日 1歳の長男が嘔吐、下痢を訴え、翌日は妻、長女も同様の症状を訴える
- ・(X-5)日 当院心臓血管外科を定期受診した。この時点で本人に自覚症状なし
- ・(X-4)日 高熱、関節痛、下痢が出現。Aクリニックで急性胃腸炎と診断

38歳男性 発熱

- ・(X-3)日 39.7度、B病院受診、ロキソニン処方され内服すると38度台まで解熱するが、翌朝再び39度台に上昇
- ・(X-1)日 C内科受診、胸部Xp異常なく、血液検査では軽度炎症反応のみ認め(CRP 2.96)
- ・X日 40.8度の高熱あり、既存の発疹に加え両前腕に発赤を伴う皮疹が出現、皮膚科受診するも水痘は否定的と診断される。C内科から当院内科を紹介され受診した

38歳男性 発熱

既往歴

大動脈弁閉鎖不全症(先天性二尖弁)、
関節リウマチ、アトピー性皮膚炎

常用薬

エンブレル注射25mg/週、プレドニン2mg、メトトレキサート8mg

生活歴

職業 工場勤務(40度の暑い環境)
飲酒 週2回 喫煙 20本/日

受診時現症

- ・身長174 cm 体重91 kg BMI 30.3
- ・強い倦怠感で座位が辛く臥位での診察
- ・バイタルサイン
意識清明
体温39.0度 脈拍109/分 整 血圧132/65 mmHg
SpO2 95%(room air)

38歳男性 発熱

既往歴

大動脈弁閉鎖不全症(先天性二尖弁)、
関節リウマチ、アトピー性皮膚炎

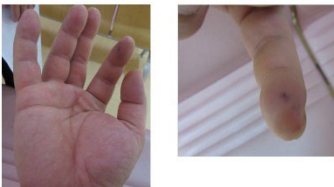
常用薬

エンブレル注射25mg/週、プレドニン2mg、メトトレキサート8mg

生活歴

職業 工場勤務(40度の暑い環境)
飲酒 週2回 喫煙 20本/日

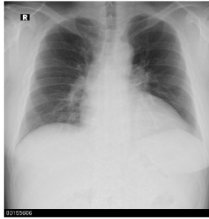
身体診察所見



血液検査所見

【血算】		【生化学】			
WBC	10400 / μ L	TP	6.8 g/dL	BUN	17.8 mg/dL
RBC	500 $\times 10^4$ / μ L	ALB	3.5 g/dL	Cre	1.14 mg/dL
Hb	14.8 g/dL	T-Bil	1.94 mg/dL	eGFR	59.2 mL/分/1.73
Plt	12.5 $\times 10^4$ / μ L	D-Bil	0.54 mg/dL	UA	7.8 mg/dL
Neutro	90.3 %	AST	43 U/L	Glu	109 mg/dL
		ALT	51 U/L	Na	138 mEq/L
【凝固】		LD	295 U/L	K	3.8 mEq/L
PT	85.0 %	ALP	87 U/L	Cl	102 mEq/L
APTT	47.6 sec.	YGTP	89 U/L	CRP	17.05 mg/dL
Fib	695 mg/dL	CK	79 U/L	アミラーゼ	0.78 ng/mL
FDP	20.2 μ g/mL	AMY	67 U/L		
D-dimer	10.0 μ g/mL				

胸部レントゲン



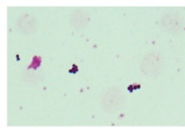
心胸郭比 57%
肺うっ血や胸水貯留は認めない

アセスメント

- 血液検査の結果から細菌感染が疑われる
- ARの背景やOsler様の皮疹があり、感染性心内膜炎の鑑別を要する
- 感染源は不明だが、齲歯やアトピー性皮膚炎等の背景が関与している可能性が考えられる
- 血液培養3セット採取、翌日の心エコー予定して入院のうえ、精査加療の方針となった

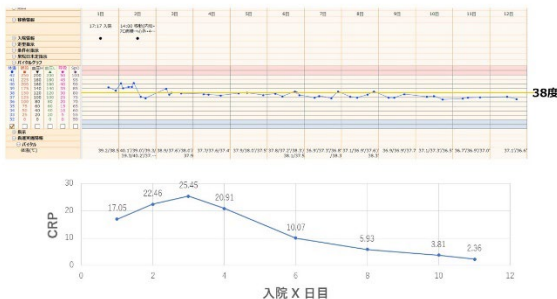
入院後経過

- 入院1日目
血液培養採取、カロナール処方
- 2日目
深夜1時、体温40.1度まで上昇
左第2指に加えて左第5指指尖に点状黒色斑が出現、圧痛強い
CRP22.46に上昇
9時20分、前日採取した血液培養3セット全てからSGPC検出、*Staphylococcus*様。VCM1.4 gを1日2回で投与開始
経胸壁心エコーでvegetation描出困難



入院後経過

- 4日目 eGFR50.3に低下、ダブトマイシン700mg 1日2回投与に変更。薬剤感受性の結果からMRSA菌血症と診断
- 8日目 経食道心エコーで明らかなvegetationは認めない
- 9日目 頭部MRI+MRA実施、梗塞性病変は認めない
- 13日目 右手指の表皮剥離がみられる
- 15日目 血液培養実施
- 21日目 上記血液培養で陰性確認
- 23日目 ダブトマイシン投与終了、退院



入院後経過



考察 黄色ブドウ球菌菌血症

- 黄色ブドウ球菌菌血症は10-15%の確率でIEを合併する
- MRSA心内膜炎による死亡率は30-37%ほどともいわれている
- IEを疑った場合、Modified Duke Criteriaを念頭に置いた問診、診察が推奨される
- 臨床所見だけで心内膜炎の有無を判断するのは難しく、心エコー(特に経食道心エコー)を行うことが推奨される

Modified Duke Criteria

- 大基準
 1. 血液培養陽性
 2. 心内膜病変の存在
- 小基準
 1. 素因 素因となる心疾患、または静注薬物投与
 2. 38度以上の発熱
 3. 血管現象
 4. 免疫学的現象
 5. 微生物学的所見

黄色ブドウ球菌菌血症の治療

- 血液培養から1セットでも検出された場合、原因菌と考えて 治療対象とする
- MSSA菌血症の場合はセファゾリン2gを8時間毎に投与
- MRSA菌血症の場合、ダブトマイシン6mg/kg投与もしくは バンコマイシン15mg/kgを12時間毎投与
- 抗菌薬開始から48-72時間後に血液培養で陰性化を確認することが推奨される
- 菌血症の標準治療期間は4週間(最低2週間)、感染性心内膜炎では6週間、骨髄炎では8週間を必要とする

結語

- 今回、若年男性の発熱で外来受診したMRSA菌血症の患者さんを経験した
- 迅速な医療的介入を要する疾患であり、手指を含む身体診察を行うことが推奨される
- 仮にIEの場合は治療が異なるため、心エコー(特に経食道)の実施による鑑別が望まれる

皮膚筋炎による嚥下機能障害のため、一時的に胃瘻造設を行った1例

安城和輝¹⁾、松岡直紀²⁾、宮田昌之²⁾
 1)福島赤十字病院 初期臨床研修医
 2)福島赤十字病院 リウマチ膠原病内科

はじめに

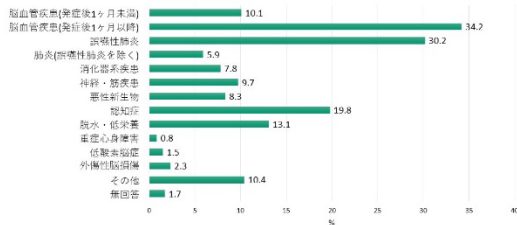
研修医の皆さんは、「胃瘻」と聞くと、
 こういった患者さんを思い浮かべるでしょうか？

- ・廃用の進行した患者さん
- ・脳血管疾患後の患者さん
- ・神経変性疾患の患者さん
- ・末期がんの患者さん



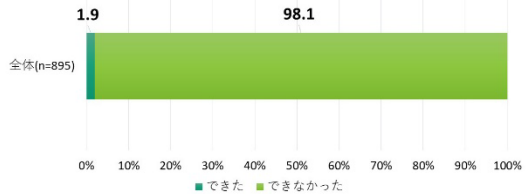
回復の見込みはなく、延命のための治療・・・。

胃瘻造設の原因となった疾患（複数回答）



厚生労働省、「平成26年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査。胃瘻の増設等の実施状況調査における報告書」より改変

胃瘻の閉鎖・抜去の実施状況



厚生労働省、「平成26年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査。胃瘻の増設等の実施状況調査における報告書」より改変

はじめに

胃瘻を造設するきっかけは不可逆的な場合も多く、
 一度胃瘻を造設すると**半永久的**に使用することが多い。

「**一時的に**」胃瘻造設を行い、嚥下機能の回復とともに、
 胃瘻の閉鎖に至った症例を経験した。

【症例】66歳 女性

【現病歴】

1.5ヶ月前より、**両側大腿部の筋肉痛**、続いて**上腕部の筋肉痛**が生じた。
 1ヶ月前に前医を受診し、血液検査で**血清CK値の上昇**を認めた。
 その後、**両側上腕部の脱力**も加わり、**着脱衣が困難**となった。
 1週間前より**嚥下時の飲み込みにくさ**も自覚し始め、多発筋炎や皮膚筋炎を疑われ、精査加療目的に当科紹介受診した。

【既往歴】

57歳 ベースメーカー植え込み術
 59歳 自己免疫性肺炎
 64歳 虚血性心疾患に対し冠動脈ステント留置術
 治療中 高血圧症

【家族歴】

父：狭心症、脳梗塞、胃がん、高血圧症
 母：完全房室ブロック、高血圧症
 兄：狭心症
 弟：急性心臓死(56歳)
 (膠原病関連の家族歴なし)

【初診時身体所見】

意識清明、血圧 130/75 mmHg、脈拍 79/min、体温 35.5 °C、
 SpO2 96% (room air)

胸部 心音 整、心雑音なし、肺音 清
 腹部 平坦、軟、圧痛なし
 四肢 浮腫なし、末梢神経障害なし
 皮膚 鼻唇溝・頸部周囲・手背に紅斑あり、爪周囲炎あり

徒手筋力テスト(右/左)

上腕三頭筋 4/4、上腕二頭筋 4/4、大腿四頭筋 3/3、大腿屈筋群 3/3

【皮膚所見】

手背に境界不明瞭な紅斑、爪周囲の発赤



【血液検査】

WBC	5800 / μ l	T-Bil	1.2 mg/dl	Cr	0.46 mg/dl
Neut	72.6 %	D-Bil	0.2 mg/dl	Na	142 mmol/L
Lymp	15.8 %	TP	7.2 mg/dl	K	4.1 mmol/L
Mono	10.1 %	AST	75 U/L	Cl	104 mmol/L
Eos	0.6 %	ALT	49 U/L	CRP	0.11 mg/dl
Baso	0.9 %	ALP	62 U/L	赤沈	16 mm/h
RBC	4.37×10^6 / μ l	LD	325 U/L	Glu	96 mg/dl
Hb	13.4 g/dl	γ -GTP	22 U/L	HbA1c	5.7 %
Hct	41.2 %	CK	490 U/L		
MCV	94.2 fL	アルドラーゼ	9.9 U/L		
Plt	197×10^3 / μ l	ミオグロビン	266 ng/ml		
PT%	92 %				
APTT	26.1 秒				

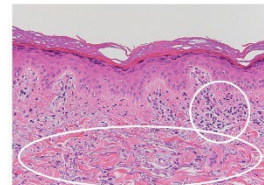
【血液検査】

IgG	1729 mg/dl	(筋炎関連抗体パネル検査)	
IgG4	163.0 mg/dl	抗PL-7抗体	(-)
抗核抗体	80 倍	抗PL-12抗体	(-)
NUCLEOLAR型	80 倍	抗EJ抗体	(-)
抗細胞質抗体	40 倍	抗SRP抗体	(-)
抗ARS抗体	(-)	抗Mi-2抗体	(-)
抗Jo-1抗体	(-)	抗MDA-5抗体	(-)
		抗TIF- γ 抗体	(-)
		抗Ku抗体	(-)
		抗PM-Scl100抗体	(-)
		抗Scl-70抗体	(-)
		抗SSA/Ro52抗体	(-)

【皮膚生検】

皮膚科にて手背紅斑より生検

- ・有棘層基底細胞の浮腫
- ・毛細血管周囲性リンパ球浸潤
- ・膠原線維間の軽度ムチン沈着像



→皮膚筋炎を否定できない所見

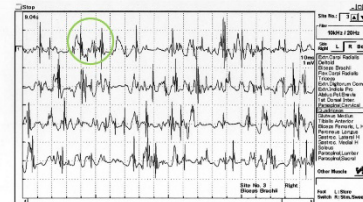
【針筋電図検査】

上腕二頭筋および大腿四頭筋にて施行
安静時：線維自発電位(○)・陽性鋭波(○)を認めた。



【針筋電図検査】

随意収縮時：多相性(polyphasic)で持続時間の短い(short duration)運動単位電位(MUP)が弱収縮で早期動員(early recruitment) (○)



→皮膚筋炎に矛盾しない所見

○厚生労働省診断基準

1.診断基準項目

(1) 皮膚症状

- ヘリオトロフ疹:両側または片側の眼瞼部の紫紅色浮腫性紅斑
- ゴットロン丘疹:手指関節背面の丘疹
- ゴットロン徴候:手指関節背面および四肢関節背面の紅斑

(2) 上肢又は下肢の近位筋の筋力低下

(3) 筋肉の自発痛又は把握痛

(4) 血清中筋原性酵素(クレアチンキナーゼ又はアルドラーゼ)の上昇

(5) 筋炎を示す筋電図変化

(6) 骨破壊を伴わない関節炎又は関節痛

(7) 全身性炎症所見(発熱、CRP上昇、又は赤沈亢進)

(8) 筋炎特異的自己抗体陽性

(9) 筋生検で筋炎の病理所見:筋線維の変性及び細胞浸潤

(1)皮膚症状の1項目以上

+

経過中に(2)~(9)の4項目以上

○厚生労働省診断基準

1.診断基準項目

(1) 皮膚症状

- ヘリオトロフ疹:両側または片側の眼瞼部の紫紅色浮腫性紅斑
- ゴットロン丘疹:手指関節背面の丘疹
- ゴットロン徴候:手指関節背面および四肢関節背面の紅斑

(2) 上肢又は下肢の近位筋の筋力低下

(3) 筋肉の自発痛又は把握痛

(4) 血清中筋原性酵素(クレアチンキナーゼ又はアルドラーゼ)の上昇

(5) 筋炎を示す筋電図変化

(6) 骨破壊を伴わない関節炎又は関節痛

(7) 全身性炎症所見(発熱、CRP上昇、又は赤沈亢進)

(8) 筋炎特異的自己抗体陽性

(9) 筋生検で筋炎の病理所見:筋線維の変性及び細胞浸潤

(1)皮膚症状の1項目以上

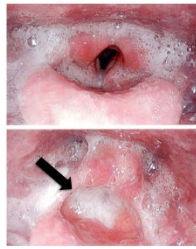
+

経過中に(2)~(9)の4項目以上

【喉頭内視鏡検査】

- ・嚥下反射は惹起されず。
- ・唾液の喉頭への流入(↑)を認める。

→経口摂取は困難との評価。



当科では以前、皮膚筋炎による嚥下障害の治療に難渋し、胃瘻を造設して栄養療法を行うことで、原疾患および嚥下機能の回復に至り、胃瘻を閉鎖することができた一例を報告した。

吉成に美, 大和田麻之, 宮田昌之: 著明な嚥下障害をきたした皮膚筋炎の1例, リウマチ科 第41巻 第3号, 2009

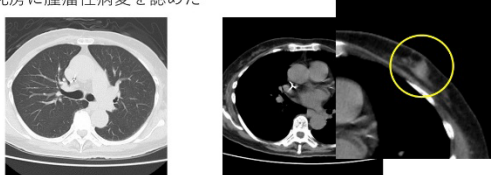
誤嚥や窒息を予防し、嚥下機能改善のため**栄養の確立**を目的とし、「**一時的に**」胃瘻造設を行う方針とした。また、並行して皮膚筋炎の合併症の検索を行った。

【上下部消化管内視鏡検査】

- ・消化管内に悪性示唆する所見なし

【胸部単純CT検査】

- ・肺野に腫瘍性病変や間質性変化なし
- ・左乳房に腫瘍性病変を認めた

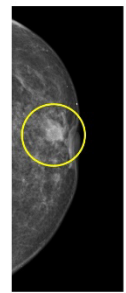


【乳腺外科紹介】

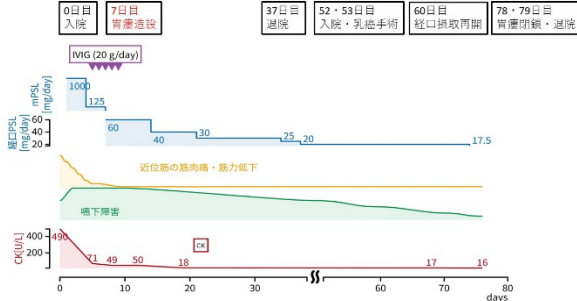
- ・左乳房C領域に15×15 mmの硬性腫瘍
- ・マンモグラフィにてカテゴリ-4(悪性の疑い)
- ・乳腺エコーにてカテゴリ-5(悪性)

- ・穿刺吸引細胞診にて、浸潤性乳管癌の病理診断。

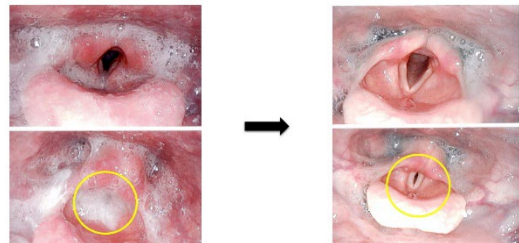
→左乳癌 cT1cN0M0 cStage 1の診断



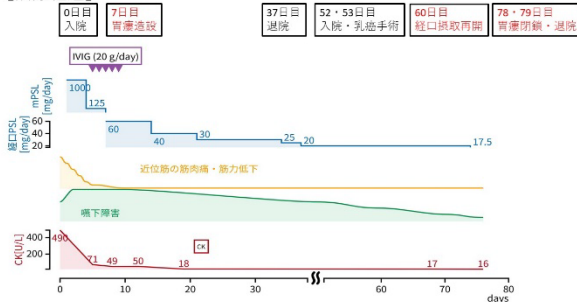
【治療経過】



【喉頭内視鏡検査】



【治療経過】



【考察】皮膚筋炎について

多発筋炎/皮膚筋炎は、筋肉・皮膚・肺・関節などに炎症を来す全身性の自己免疫疾患。



筋炎特異的自己抗体	出現頻度	臨床的意義
抗ARS抗体	25-30%	抗ARS抗体症候群
抗Jo-1抗体	15-20%	
抗PL-7抗体	<5%	筋炎、間質性肺炎、多発筋炎、 レイノー現象、発熱、機械工の手など。
抗PL-12抗体	<5%	
抗OJ抗体	<5%	
抗UJ抗体	<5%	
抗KS抗体	<5%	治癒反応性は比較的良好。
抗SRP抗体	5-10%	壊死性筋症、重症、難治性、再発性、皮膚症状を欠く
抗HMGCR抗体	5-8%	IMNM、スタチン関連筋炎
抗Mi-2抗体	3-10%	ステロイド反応性良好
抗MDA5抗体	10-20%	CADM、急性進行性間質性肺炎
抗TIF-γ抗体	10-20%	悪性腫瘍関連筋炎・嚥下障害
抗NXP2抗体	5%	悪性腫瘍関連筋炎・嚥下障害
抗SAE抗体	5%	嚥下障害

多発性筋炎・皮膚筋炎診療ガイドライン（2020年暫定版）より改変

抗MDA5抗体

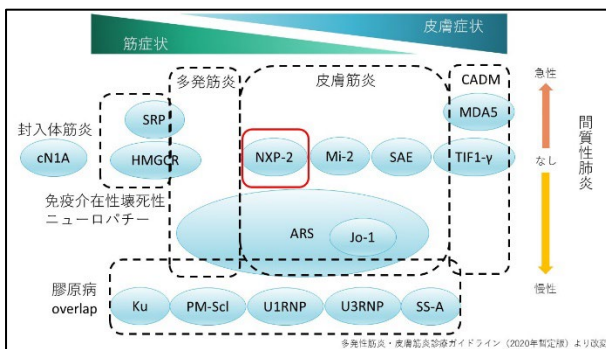
・皮膚筋炎の一病型である、臨床的に筋症状を欠いた
皮膚筋炎(clinical amyopathic dermatomyositis: CADM)。

・急激な経過で両肺にびまん性すりガラス陰影やconsolidationを呈する、**急速進行性間質性肺炎**を生じる頻度が高い。

・特異的な皮膚症状として、
手指屈側に生じる有痛性紅斑
= **逆Gottron徴候**がある。



多発性筋炎・皮膚筋炎診療ガイドライン（2020年暫定版）より引用



多発性筋炎・皮膚筋炎診療ガイドライン（2020年暫定版）より改変

○大量免疫グロブリン静注療法 (IVIg: intra-venous immunoglobulin)

・治療抵抗性の多発筋炎/皮膚筋炎の治療にIVIg療法を追加することを提案する。¹⁾
・治療抵抗性の嚥下障害に対し、IVIg療法は試みられてよい。¹⁾

・ステロイド抵抗性の嚥下障害を来しIVIg療法がなされた多発筋炎/皮膚筋炎を解析したケースシリーズでは、**73例中60例で経口栄養への復帰と胃管の抜去に至った。**

Marie I, et al. Intravenous immunoglobulins for steroid-refractory esophageal involvement related to polymyositis and dermatomyositis: a series of 73 patients. Arthritis Care Res (Hoboken). 2010 Dec;62(12):1748-55.

○悪性腫瘍合併例

・悪性腫瘍の外科治療後1ヶ月で、CKやLDが有意に低下した。

András C, et al. Dermatomyositis and polymyositis associated with malignancy: a 21-year retrospective study. J Rheumatol. 2008 Mar;35(3):438-44.

・筋炎の治療を待てる場合は、**悪性腫瘍の治療を優先。**
・高度な筋炎・嚥下障害・呼吸筋障害・間質性肺炎などが存在する場合は、リスクを検討しそれらへの治療介入が必要。

【結語】

1. 高度の嚥下障害をきたした、皮膚筋炎の1例を経験した。
2. 誤嚥や窒息の予防と、十分な栄養確立を目的とし、一時的に胃瘻造設を行った。胃瘻造設から約70日で胃瘻を閉鎖することができた。
3. 悪性腫瘍の合併に着目して全身検索を行い、乳がんの早期発見に繋がった。悪性腫瘍の外科治療が症状の軽快・維持に寄与した可能性がある。

【参考】

1. 厚生労働省, 平成26年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査 再療の増設等の実施状況調査における報告書
2. 日本静脈経腸栄養学会 (現 日本臨床栄養代理学会), 静脈経腸栄養ガイドライン 第3版, 2013
3. 厚生労働科学研究費補助金難治性疾患等政策研究事業 自己免疫疾患に関する調査研究, 多発性筋炎・皮膚筋炎診療ガイドライン (2020年暫定版)
4. 吉成仁美, 大和田壽之, 宮田昌之: 著明な嚥下障害をきたした皮膚筋炎の1例, リウマテ科 第41巻 第3号, 2009
5. Hoshino K, Muro Y, Sugiura K, Tomita Y, Nakashima R, Mimori T. Anti-MDA5 and anti-TIF1-gamma antibodies have clinical significance for patients with dermatomyositis. Rheumatology (Oxford). 2010 Sep;49(9):1726-33. doi: 10.1093/rheumatology/keq153.
6. Marie I, Menard JF, Hatron PY, Hachulla E, Mouthon L, Tiev K, Ducrotte P, Chérin P. Intravenous immunoglobulins for steroid-refractory esophageal involvement related to polymyositis and dermatomyositis: a series of 73 patients. Arthritis Care Res (Hoboken). 2010 Dec;62(12):1748-55. doi: 10.1002/acr.20325.
7. András C, Panyi A, Constantin T, Csiki Z, Szekanez E, Szodoray P, Dankó K. Dermatomyositis and polymyositis associated with malignancy: a 21-year retrospective study. J Rheumatol. 2008 Mar;35(3):438-44. Epub 2008 Jan 15.

進行膀胱癌の経過中に Trousseau症候群をきたした一例

三浦稜平¹ 齋藤孝光² 小林亨² 後藤健²
1 星総合病院 研修医1年次 2 星総合病院 脳神経外科

2024年2月17日 地域症例検討会

緒言

- Trousseau症候群は、悪性疾患終末期の凝固能亢進を基盤として、脳梗塞を含む全身性動脈血栓症をきたす病態である。
N Callander et al. West J Med. 1993;158:364-71.
- 膀胱癌に伴うTrousseau症候群は頻度が低く、症例の集積報告はない。
- 進行膀胱癌の経過中にTrousseau症候群を発症した一例を経験したため報告する。

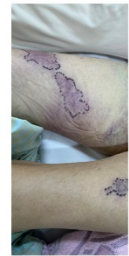
症例 64歳 女性

- 【主 訴】 ふらつき、脱力
 【現病歴】 X-28日、当院泌尿器科初診。膀胱癌精査中であった。
 X-2日、トイレに行く際にふらつき転倒。
 X日、外出中に脱力発作あり、当院泌尿器科を独歩で受診。
 【既往歴】 左黄斑前膜、左加齢黄斑変性症、腺腫様甲状腺腫
 【生活歴】 右利き 喫煙：なし、飲酒：なし、アレルギー：なし
 【内服薬】 カルバシクロムスルホン酸、ロフラゼパ酸エチル、ロラゼパム、クアゼパム、酸化マグネシウム、カリジノゲナーゼ、ピフィズ菌

泌尿器科 受診時所見

【vital sign】
 BT 35.4 °C, BP 189/87 mmHg
 HR 131 /分 整, SpO₂ 96% (room air)

【身体所見】
 JCS 0
 神経学的所見：MMT 5/5 NIHSS 0
 転倒により散在する皮下血腫
 (左眼瞼・左肩・両側大腿)



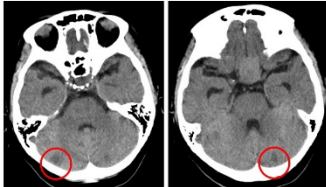
血液検査

血算		AST		凝固	
WBC	11,700 / μ L	AST	32 U/L	PT	65 %
RBC	412 \times 10 ⁴ / μ L	ALT	25 U/L	PT-INR	1.29
Hb	11.2 g/dL	LD	834 U/L	APTT	26.7秒
Ht	34.4 %	BUN	124.2 mg/dL	Fib	138mg/dL
Plt	11.3 \times 10 ⁴ / μ L	Cre	13.79 mg/dL	DD	30.2 μ g/mL
		eGFR	2 mL/min/1.73m ²	FDP	68.4 μ g/mL
生化学		Na	128 mEq/L		
TP	6.4 g/dL	K	6.1 mEq/L		
Alb	3.37 g/dL	Cl	93 mEq/L		
CK	242 U/L	CRP	9.58 mg/dL		

項目	検査値	点数
SIRSスコア	1項目該当	0
血小板数	>8万,<12万/ μ L	1
PT-INR	\geq 1.2	1
FDP	\geq 25 μ g/ml	3
合計		5

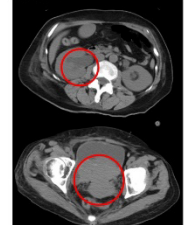
画像検査

頭部CT



多発する小脳梗塞

腹部CT



右腎盂の拡張、膀胱内の腫瘍

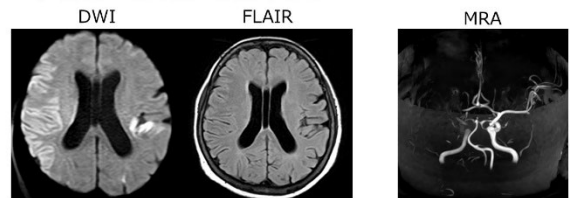
診断：多発脳梗塞、膀胱癌に伴う右水腎症
 治療：膀胱カテーテル挿入(血尿)、右腎瘻増設

入院後経過①

入院5時間後、突然うめき声をあげたため看護師が訪室。

【身体所見】
 JCS II-30
 BT 35.4 °C, BP 178/110 mmHg
 HR 129 /分 整, SpO₂ 99% (room air)
 右共同偏視、左完全片麻痺
 NIHSS:21点

入院5時間後 頭部MRI



右中大脳動脈領域に虚血巣
 DWI ASPECTS 4点

右内頸動脈の閉塞

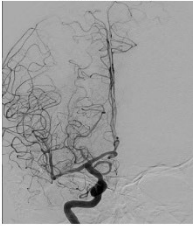
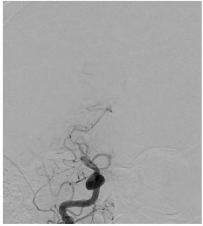
機械的血栓回収療法を施行

血栓回収

術前 正面像

術後 正面像

回収された白色血栓



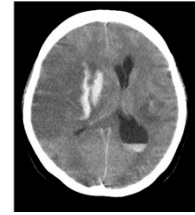
2 PASS TIC1 3 O2R 2h27min.

病理：fibrin主体
腫瘍細胞なし

入院後経過②

X+1日

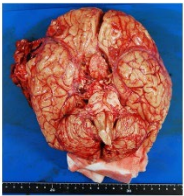
X+2日



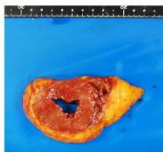
右中大脳動脈領域に梗塞巣

出血性梗塞、midline shiftの増悪

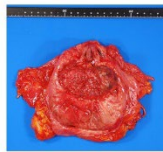
病理解剖



中枢神経系



心腔内断面図



膀胱内腫瘍

【病理所見】

心内血栓・弁膜疣贅なし、卵円孔開存なし
大動脈 動脈硬化軽度
膀胱三角部 膀胱表面まで進展する80×50×30mmの腫瘍
右大脳に梗塞巣、トルコ鞍上に髄膜腫様の腫瘍

Trousseau症候群について

- 悪性疾患終末期の凝固能亢進を基盤とした全身性動脈血栓症。
- 検査：D-dimer・FDP異常高値
- 治療：未分化ヘパリンが主

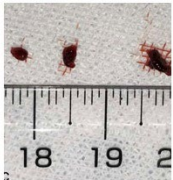
- ・静脈血栓塞栓症（右→左シャントを介して）
(venous thromboembolism：VTE)
- ・血管内凝固による微小血栓・塞栓
- ・非細菌性血栓性心内膜炎（non-bacterial thrombotic endocarditis：NBTE）
- ・Trousseau症候群の塞栓源として最多。
- ・悪性疾患の終末期に凝固能が亢進することで発生し、心原性脳塞栓の原因となる。
- ・心弁膜に血栓・疣贅付着みられる。



野田隆：がんと脳硬塞—トル—ソ 症候群の臨床
日本血栓止血学会誌、2016;27:18-23.

血栓の性状

他症例での赤色血栓



心房細動などで形成
赤血球・血小板が主体

本症例の白色血栓



フィブリン・血小板が主体

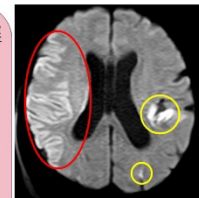
Matsumoto N, et al. J Stroke Cerebrovasc Dis 2016;25:e227-230.

本症例の塞栓源の検討

右中大脳動脈領域の梗塞

白色調の血栓
広範囲な虚血巣
↓
NBTEによる血栓

病理解剖で心内血栓なし
⇒血栓が全て飛散した



散在する脳梗塞

DICの合併
↓
血管内凝固による
微小血栓・塞栓

二つの病態が合併した可能性

膀胱癌により脳梗塞を発症したTrousseau症候群


年齢	性別	症状	治療	結果
67	男	色覚異常	ヘパリン	死亡/3ヶ月
38	女	視野欠損 下肢脱力	ヘパリン	死亡/3ヶ月
71	女	右片麻痺	放射線治療 ワルファリン	死亡/8ヶ月
46	男	麻痺 意識障害	緩和療法	死亡/3週間
70	男	運動失調 意識障害	ヘパリン	死亡/4ヶ月
64	女	左片麻痺 意識障害	血栓回収	死亡/2日

(最下段は自験例)

- ・症例数/頻度が少ない要因
 - ・非腺癌
 - ・膀胱癌の患者数
 - ・終末期に至る頻度
- ・血尿により抗血栓療法が導入できない
→予後不良の一因
- ・機械的血栓回収療法
→本症例では症状改善を認めなかった。

結語

- ・進行膀胱癌の経過中にTrousseau症候群をきたした一例を経験した。
- ・血尿の観点から積極的な抗血栓療法は行いにくく、血栓回収を施行したが、症状の改善を認めなかった。



Take Home Message

- 担癌患者で脳梗塞症状を示した際には、Trousseau症候群を必ず鑑別に挙げ、状況に応じて治療法を選択する必要がある。
- 初診の多発脳梗塞に凝固異常が併発している時は、未指摘の癌が潜んでいる事も考慮する。



Streptococcus intermediusによる 細菌性髄膜炎の一例

南相馬市立総合病院
初期研修医 吉田 真
総合診療科 山内 健士朗

本発表の内容に関する利益相反事項
はありません

症例 76歳女性

【主訴】

頭痛、嘔気

【現病歴】

甲状腺濾胞癌の骨転移に対して分子標的薬剤治療中
X-7日 頭痛、嘔気が出現し、その後左眼瞼下垂、構音障害が出現
X-2日 当院ER受診し頭部CT施行したが、異状なく経過観察とした
X日 症状持続しており当院受診

【既往歴】

シェーグレン症候群(65歳)
甲状腺濾胞癌(61歳)
右副鼻腔炎(72歳 手術)
左下顎骨炎(74歳 手術) 右上顎骨壊死(75歳 手術)

【アレルギー】

特記事項なし

【ROS】

陽性：頭痛 嘔気 構音障害 眼瞼下垂
陰性：意識障害 四肢麻痺・脱力 頸部痛

【内服薬】

レンパチニブ10μg 1Cp分1 朝食後
オルメサルタン20mg 1錠分1 朝食後
ニフェジピン20mg 1錠分1 朝食後
チラージン50μg 3錠分1 朝食後
セビメリン塩酸塩水和物30mg 3Cp分3 毎食後
ボノブラザンフマル酸塩10mg 2錠分1 朝食後
アンプロキシール塩酸塩15mg 3錠分3 毎食後
プロチゾラム0.25mg 1錠分1 眠前

受診時現症

【vital sign】

JCS I-0、体温 36.1℃、血圧 89/56 mmHg、心拍数 92回/分
SpO₂ 96%(室内気)

【身体所見】

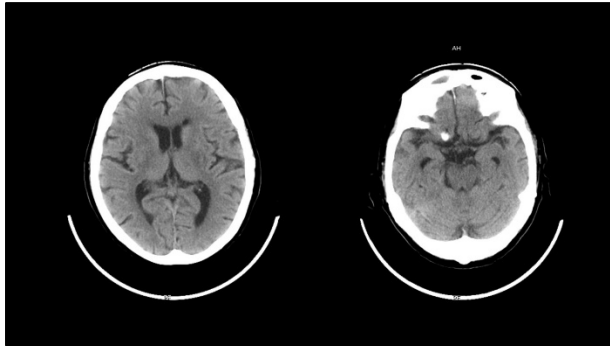
頭頸部：項部硬直なし jolt accentuation陰性
腹部：平坦・軟 圧痛なし 反跳痛・筋性防御なし
背部：CVA叩打痛なし 脊柱叩打痛なし
四肢：発赤なし 浮腫なし

脳神経学的所見

対光反射正常 瞳孔不同なし 眼振なし
眼球運動障害なし 左眼瞼下垂あり
口角下垂なし 閉眼可能
構音障害あり
カーテン徴候 陰性
上肢Barre徴候 左右ともに陰性
MMT 上肢5/5 下肢5/5

受診時検査所見(血液・尿)

血液学検査	生化学	尿沈渣	尿定性
白血球 2.7600 /μl	T-Bil 0.35 mg/dL	血糖 94 mg/dL	比重 1.018
好酸球 0.0 %	D-Bil 0.14 mg/dL	HbA1c 5.4 %	pH 6.0
好中球 (桿状後) 78.5 %	AST 22 U/L	Na 141 mEq/L	蛋白 30 mg/dL
	ALT 15 U/L	Cl 103 mEq/L	糖 (-)
リンパ球 4.5 %	LDH 147 U/L	K 4.0 mEq/L	ケトン (-)
赤血球 317万 /μl	ALP 124 U/L	Ca 9.2 mg/dL	潜血 (1+)
Hb 10.0 g/dL	y-GTP 26 U/L		白血球 75
MCV 30.6 fL	BUN 26.7 mg/dL		亜硝酸 (+)
血小板 14.8万 /μl	Cre 0.91 mg/dL		混濁 (-)
	TP 5.9 g/dL		尿沈渣
	ALB 2.1 g/dL		赤血球 5-9 /HPF
	CRP 33.33 mg/dL		白血球 50-90 /HPF



検査所見(髄液)

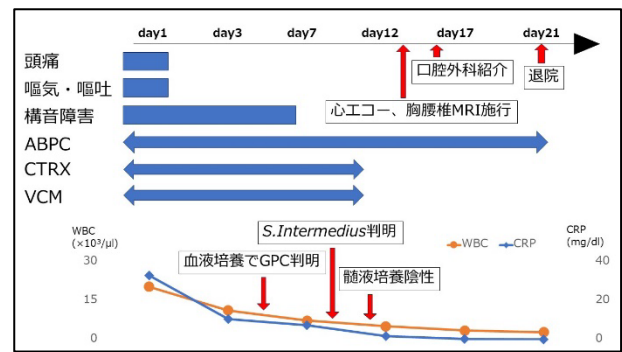
髄液(生化学)			髄液(一般)		
蛋白	102	mg/dl	白血球	261	/μL
糖	34	mg/dl	多核球(%)	84	%
CL	121	mEq/L	単核球(%)	17	%
LDH	46	IU/L	赤血球	0	/μL
生化学			血混入	(-)	
血糖	94	mg/dl	混濁	(-)	
			キサントクロミー	(-)	
			初庄	14	cmH ₂ O

→細菌性髄膜炎所見に一致

細菌性髄膜炎と診断

DEXA 6.6mg q6h ⇒ 4日間

ABPC 2g q4h
 CTRX 2g q12h ⇒ de escalation
 VCM 1g q12h 1.5g loading



有用な身体所見 ~jolt accentuation~

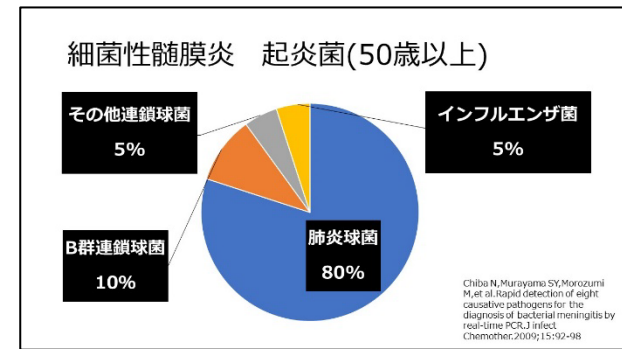
髄膜炎3徴候：発熱、項部硬直、意識障害
 ⇒すべて陽性は感度44%
 ⇒身体所見のいずれも感度が低い

Van de Beek H, de Gans J, Spanjaad L, et al. Clinical features and prognostic factors in adults with bacterial meningitis. N Engl J Med. 2004;351:1849-1859

髄液細胞数上昇例におけるjolt accentuation陽性率
 ⇒感度97.1%、特異度60%と有用性が高い

(適応条件)
 意識障害や神経症状を伴わず、
 受診2週間以内の頭痛+37℃以上の発熱の症例に対し有効である

Uchiyama T, Tsukagoshi H. Jolt accentuation of headache: the most sensitive sign of csf pleocytosis. J Headache Migraine. 2011;11:167-171

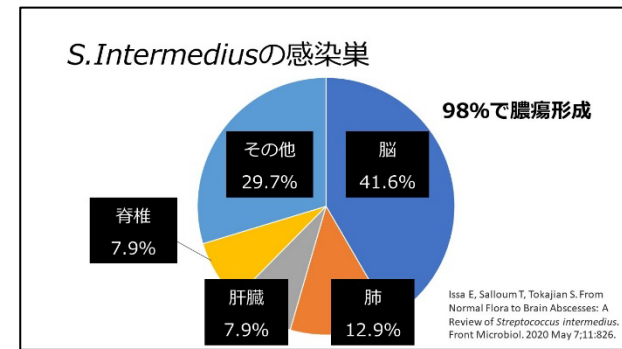


疫学 Streptococcus Intermedius

Streptococcus anginosus Group(SAG)に属するβ溶血性グラム陽性球菌である¹⁾
 口腔内、鼻腔、泌尿生殖器、消化管の粘膜常在菌である¹⁾
 脳膿瘍など頭頸部領域への感染が多く、頭部外科・歯科手術後の感染が多く報告されている²⁾

1) Jiang S, Li M, Fu T, Shari F, Jiang L, Shao Z. Clinical Characteristics of Infections Caused by Streptococcus anginosus group. Sci Rep. 2020;10(1):9032. doi:10.1038/s41598-020-65977-z

2) Han JK, Karschner JE. Streptococcus milleri: an organism for head and neck infections and abscess. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2001;127:650-4. doi:10.1001/archotol.127.6.650. PMID: 11405863



まとめ

Jolt accentuationは2週間以内の頭痛+発熱を伴う細菌性髄膜炎の除外診断として有用である。

*S. Intermedius*はSAG(*streptococcus anginosus group*)に属する細菌であり、頭頸部術後に血行性に膿瘍形成を来すことが知られている。

本症例において細菌性髄膜炎の経験的治療は、*S. intermedius*による髄膜炎に対しても有効であった。

結語

頭頸部手術既往歴のある高齢女性のSAGを起炎菌とした細菌性髄膜炎の一例を経験した。