O 069

早期のECMO導入にて救命し得た重症レジオネラ肺炎の一例

[1]東京都立多摩総合医療センター　呼吸器科、[2]東京都立駒込病院　感染症科

○加藤 博史[1,2]、村田 研吾[1]、岡本 翔一[1]、三倉 真一郎[1]、高森　幹雄[1]

【緒言】ECMO（膜型人工肺・extracorporeal membrane oxygenation）は重症インフルエンザ肺炎などにおいてその有用性が示されているが、本邦において重症レジオネラ肺炎に対する使用経験は少ない。今回、我々はECMOを使用し救命し得た重症レジオネラ肺炎の一例を経験したので報告する。【症例】生来健康な54歳男性。温泉歴なし。入院7日前より発熱を認め、セフェム系抗菌薬を内服したが改善せず、入院5日前頃より呼吸困難を認めた。症状が改善しないため入院当日に近医を受診し、レントゲンにて両側浸潤影あり、尿中レジオネラ抗原陽性であることからレジオネラ肺炎と診断され、当院へ救急搬送となった。来院時、PaO2 55.9mmHg（酸素リザーバー12l/min）と著明な低酸素血症を認めたため、気管挿管・人工呼吸管理となり、ICUへ入室となった。入室後、レボフロキサシン 500mg/日とリファンピシン450mg/日にて治療を開始した。第2病日にはFiO2 1.0にPEEPを加えた呼吸管理をしたが、低酸素血症は改善しなかった。酸素化改善目的に同日、V-V ECMOを導入した。ECMO導入後はFIO2を0.4程度、一回換気量を6ml/kg程度に制限し、高いPEEP圧をかけ肺保護戦略にて管理した。その結果、徐々に血中酸素分圧は改善し、また浸潤影も改善傾向であったため第7病日にECMOを離脱した。また、同日に当院で提出した喀痰から*Legionella pneumophila*が培養され、確定診断とした。その後も呼吸状態・浸潤影は徐々に改善し、第13病日に気管切開施行、第18病日に人工呼吸器離脱、第29病日に気切孔閉創し、第35病日に経過良好のため独歩退院となった。【考察】本症例はECMOを使用し、救命し得た重症レジオネラ肺炎の一例である。通常の人工呼吸では管理できない、可逆的な重症肺炎に対しては、早期にECMOを導入し肺保護を検討すべきと考えられた。

O 070

難治性癲癇患者に発症し，診断と抗菌薬選択に苦慮したARDS合併重症レジオネラ肺炎の1例

[1]東京慈恵会医科大学附属病院　呼吸器内科

○斉藤 那由多[1]、清水　健一郎[1]、吉井　悠[1]、石川　威夫[1]、齋藤　桂介[1]、桑野　和善[1]

【症例】 32歳女性．難治性癲癇にて当院通院中．痙攣と意識障害，発熱を主訴に救急受診．痙攣後に嘔吐と誤嚥を認め，誤嚥性肺炎の診断にて入院．Sulbactam/ Ampicillinを開始するも，胸部X線にて浸潤影の急速な拡大と呼吸不全の進行を認め，PaO_2/FiO_2 ratio 70.6にまで低下した．さらに意識状態の悪化，頻回の痙攣発作を認めたためICU管理とした．レジオネラ尿中抗原再検にて陽性と判明．ARDS合併重症レジオネラ肺炎の診断で，Ciprofloxacin, Azithromycinとhydrocortisone infusion(200 mg/日で開始し，10 日間で漸減中止)にて加療し奏功した．尿中抗原陽性に加え，ペア血清の4倍以上の上昇，喀痰レジオネラ PCR 陽性からレジオネラ肺炎と確定診断した．【考察】 レジオネラ菌による市中肺炎の割合は3～6%と稀であるが，ICU入室を要した重症肺炎では肺炎球菌についで第 2 位である．本例は問診上明らかなリスクなく，意識障害に加え誤嚥のエピソードがあり，また初回尿中レジオネラ抗原陰性であったことから診断に苦慮した． また，重症レジオネラ肺炎においてはニューキノロン系抗菌薬が有効であると考えられるが，同抗菌薬による痙攣誘発作用も知られている．本例では痙攣と意識障害を認めており抗菌薬選択に苦慮した．ICU管理下で痙攣に注意しながら投与し，意識障害は改善し，痙攣発作は消失した． 重症市中肺炎におけるステロイドについては，酸素化や画像所見，挿管回避，ICU 入室期間や予後等の改善を認めたとする報告が散見される．本例でも，挿管回避を期待してステロイドを併用し，人工呼吸器管理することなく治癒し得たと考えられた．【謝辞】喀痰レジオネラ遺伝子検出にご協力頂いた東邦大学微生物学教室館田一博先生に深謝致します．【非会員共同演者】中山勝敏，荒屋潤，河石真，原弘道，沼田尊功，小島淳，鶴重千加子，橋本典生，柳澤治彦