P 19

E. coli による壊死性筋膜炎の１例

[1] 自治医科大学附属病院　臨床感染症センター　感染制御部・感染症科

○藤谷 好弘[1]、笹原　鉄平[1]、森澤　雄司[1]

【背景】壊死性筋膜炎は浅層筋膜を細菌感染の主座として急速に壊死が拡大する重篤な軟部組織感染症である。多くは *Streptococcus* 属や *Staphylococcus* 属が原因となり、*E. coli* が原因微生物になることは稀である。我々は *E. coli* による壊死性筋膜炎を発症した症例を経験した。【症例】62 歳女性。微小変化型ネフローゼ症候群にてプレドニゾロンを内服し、糖尿病を合併していた。【現病歴】2011 年 10 月にネフローゼ症候群のコントロールと合併した肺血栓塞栓症の治療目的に当院へ転院。集中管理にて全身状態は改善傾向にあった。第 9 病日に尿の混濁を認め、尿培養より *E. coli* が検出された。第 13 病日に左大腿部外側に発赤を認めた。自発痛や圧痛はなく経過観察となった。その夜間に発赤が拡大。自発痛、38.5℃の発熱を認め、血液培養が採取された。翌朝には意識レベルが低下し、ショック状態となったため、感染症科へコンサルテーションとなった。左大腿部は暗赤色の虚血所見、水疱形成が見られ、発赤は左足背まで拡がっていた。【治療経過】臨床的に壊死性筋膜炎と診断し、バンコマイシン、メロペネム、クリンダマイシンの投与を開始した。水疱の内容物のグラム染色ではグラム陰性桿菌を認めたため、さらにアミカシンを追加した。左下肢の筋膜切開術を施行した。壊死組織のグラム染色でもグラム陰性桿菌を認めた。その後発赤は左側腹部、背部に拡大。全身状態もさらに増悪し死亡した。血液培養、水疱の内容物、壊死組織全てから *E. coli* が検出された。【考察】*E. coli* によるカテーテル関連尿路感染症から敗血症、壊死性筋膜炎を発症した、と推測した。*E. coli* 単独による壊死性筋膜炎は極めて少なく、ほとんどが糖尿病や肝硬変患者の症例である。本症例もステロイド投与中で糖尿病を合併していた。免疫抑制患者では、入院中の医療関連感染症が原因となって壊死性筋膜炎を合併することがあり、皮膚所見にも注意が必要であると考える。

P 20

Pseudomonas aeruginosa による化膿性胸鎖関節炎の一例

[1] 手稲渓仁会病院　総合内科・感染症科

○水戸 陽貴[1]、岸田　直樹[1]、浦　信行[1]

【症例】81 歳男性。来院 2 か月前ころより特に誘因なく右腕の痛みが出現。近医受診しレントゲン検査にて異常を認めなかったが、痛みが持続したため近医ペインクリニックでブロック注射を受けていた。来院 3 日前に同部位の疼痛が増悪し、発熱を伴うようになったため近医へ救急搬送された。診察にて胸鎖関節の腫脹を認め、CEZ2g を投与された後に CFDN300mg/日を処方され帰宅となった。その後も症状改善が得られなかったため当院救急外来を受診した。造影 CT にて胸鎖関節およびその周囲に膿瘍形成を認めたため、化膿性関節炎として胸鎖関節の穿刺を施行。各種培養検査を提出し、CEZ 6g/日に加えて VCM 2g/日を開始した。関節培養より *Pseudomonas aeruginosa*（*P. aeruginosa*）が検出されたため入院 4 日目に PIPC/TAZ 18g/日に変更した。その後、嫌気性菌の発育がないことを確認し、入院 9 日目に CAZ 4g/日に変更した。入院 23 日目に胸鎖関節切除術を施行し、切除した骨片の培養からも *P. aeruginosa* が検出され、病理組織は骨髄炎の所見であった。術後経過良好であったため入院 39 日目より CPFX 800mg/日内服へ変更し、入院 48 日目に退院となり、術後 6 週間で抗菌薬治療を終了とした。　特に免疫不全のない高齢者での *P. aeruginosa* による化膿性関節炎はめずらしく、国内外あわせても症例報告として散見される程度である。*P. aeruginosa* による化膿性関節炎は、一般的には外傷後もしくは静脈薬物乱用がリスクとされどちらも若年者での報告はある。国内での *P. aeruginosa* による化膿性関節炎の報告は過去に数例みられるが、胸鎖関節の化膿性関節炎の報告例は認めないため、文献的考察を加え報告する。