

菌の同定を契機に確定診断に至った傍脊椎膿瘍を伴う椎体炎,敗血症性肺塞栓症,膿胸を合併した Lemierre 症候群の 1 例

¹淀川キリスト教病院、²神戸大学医学部附属病院検査部、³神戸大学医学部附属病院感染制御部

○森田 倫世¹、阿部 泰尚¹、鍋谷 大二郎¹、大沼 健一郎²、直本 拓巳²、吉田 弘之³、荒川 創一³

【症例】52 歳男性 【現病歴】2011 年 6 月仕事帰りに咽頭痛,悪寒を自覚し近医を受診,扁桃腺炎の診断で対症療法のみで帰宅となった。咽頭痛は軽快したものの悪寒が持続し,新たに背部痛が出現したため 1 週間後に再度受診されたところ,炎症反応高値で当院 ER 紹介となった。【入院後経過】ER 到着時の vital は KT 39.8°C, BP 130/48mmHg, PR 119bpm, RR18/min, 身体所見上咽頭の発赤, 右上腕, 腰部, 右第 4 趾の疼痛を認めた。検査所見上 WBC 25,200/ μ l(seg 90%, stab 3%,lym 3%), Plt 3.0×10^4 / μ l, PT 78%, Fib 556mg/dl, CRP 19.50mg/dl, PCT 100ng/ml, CT 所見上両肺上葉, 右下葉に敗血症性塞栓症を疑う結節影, Th11 椎体内のガス像と周囲の軟部陰影を認めた。敗血症(右心系の感染性心内膜炎の疑い), DIC の診断で MEPM, VCM, ABPC で治療開始となった。DIC からは速やかに離脱したが, 解熱が得られず, 経過中に椎体炎が悪化し傍脊椎膿瘍, 肺膿瘍を合併し, 外科的なドレナージも必要となった。Day15 に血液培養の結果, 原因菌が *Fusobacterium necrophorum* と判明。Lemierre 症候群を疑い, 頸部 CT を行ったところ右外頸静脈血栓症が判明した。菌判明後, de-escalation の上, 計 15 週間で治療を行った。治療終了後, 現在まで再発を認めていない。【考察】Lemierre 症候群は, 稀で見落とされがちな症候群とされる。本症例では菌判明を契機に診断に至ったが, 鑑別に入れておかなければ診断は困難であり, 常に念頭に置いておくべき疾患と考えられた。

多彩な頭頸部病変を呈した *Peptostreptococcus micros* による敗血症性肺塞栓症の一例

¹宮城厚生協会坂総合病院 呼吸器内科

○生方 智¹、神宮 大輔¹、庄司 淳¹、高橋 洋¹

【症例】46 歳男性。既往に特記すべきことなし。当院受診 2 か月前より左眼瞼腫脹, 両側難聴と耳漏を自覚し, 近医眼科・耳鼻科にて外来治療を受けていたが増悪傾向であった。食思不振と体重減少も伴ったために, 実家に帰省し当院内科外来を受診した。身体所見では口腔内齲歯多数であり, 両側膿性耳漏と左眼瞼腫脹, 左眼球運動障害, 左頸部に圧痛を認めた。CT 所見では左眼窩内病変, 両側乳突蜂巣の含気不良, 頸部膿瘍, 両側肺野に多発結節, 空洞影などの多彩な所見を認め, 精査加療目的で入院した。血清学的には高度の炎症反応上昇以外は膠原病, 血管炎関連の抗体は陰性であった。また, HbA1c 6.4%と軽度高値である以外に免疫不全を示唆する所見は認めなかった。入院後, 両側耳漏より *Peptostreptococcus micros*(以下 *P.micros*) が培養され, 入院時に採取した血液培養 2 セットからも同菌が検出された。頸静脈内血栓は認めず, 経食心エコーにて疣贅やシャント性心疾患は認めなかった。頭部 MRI では頭蓋内に膿瘍形成は認めず, 硬膜静脈洞内にも血栓は認めなかった。抗菌薬は当初 MEPM を使用したが, 薬剤感受性から ABPC に de-escalation し, 4 週間継続した。肺病変も経時的に縮小, 消失を認め, 治療経過より敗血症性肺塞栓症と診断した。臨床症状は眼球運動等, ほぼ後遺症なく回復した。【考察】本症例は口腔内常在菌である *P.micros* による敗血症であり, 菌性感染症からの各臓器への菌塊の血行性波及により多彩な頭頸部病変と肺病変を呈したと考えられた。扁桃炎, 咽頭炎から波及した内頸静脈の敗血症性血栓症による多臓器での多発膿瘍形成は Lemierre 症候群として知られているが, *P.micros* が起炎菌とされた報告は稀である。また, 菌性感染に由来した敗血症性肺塞栓症の報告も近年増加していることから, 文献的考察も含めて報告する。