

脾臓低形成に伴う劇症型肺炎球菌感染症および電撃性紫斑病の一例

¹財団法人 神奈川県警友会 けいゆう病院 内科、
²財団法人 神奈川県警友会 けいゆう病院 小児科

○高谷 紗帆¹、関 由喜¹、小野瀬 輝¹、菅谷 憲夫²

【症例】生来健康な 63 歳女性。自宅にて意識もうろうとしているのを発見され、救急搬送された。3 日前より嘔気・下痢を認めていた。来院時には意識レベルは GCS8E2V2M4 で、ショックバイタルだった。著明な低血糖を認め、補正にて意識レベルは GCS13E3V4M6 へ改善した。上下肢に広範な網目状紫斑を認め、その他有意な身体所見はなかった。血液検査では代謝性アシドーシス、炎症反応高値、血小板減少、凝固異常、腎機能障害、組織逸脱酵素上昇を認めた。腹部 CT にて脾臓の長径は 3cm と低形成だった。以上から、脾臓低形成に伴う敗血症性ショック、播種性血管内凝固 (DIC)、急性腎傷害、副腎不全と判断した。検査に並行し、大量補液や輸血、昇圧薬、メロペネム投与を開始した。DIC に対してトロンボモジュリン製剤、副腎不全に対してヒドロコルチゾンを投与した。また、エンドトキシン吸着療法を行い、その後持続的血液透析濾過 (CHDF) に移行した。一時心肺停止となったが、速やかに心肺蘇生を施行しすぐに自己心拍は再開した。第 2 病日、血液培養にて肺炎球菌陽性が判明した。感染巣は明らかでなく、occult bacteremia の可能性が高いと考えた。第 7 病日にメロペネムをアンピシリンに変更し、計 14 日間投与した。両下肢の紫斑は急速に拡大し、その後徐々に水疱形成、表皮剥離や壊死を起こした。集学的治療を継続した結果、第 9 病日には DIC を離脱、第 14 病日にはヒドロコルチゾン投与終了、第 23 病日より利尿期となり第 26 病日に CHDF を離脱した。第 23 病日に気管切開を施行、第 30 病日には人工呼吸器を離脱した。その後リハビリを続け近く退院予定である。【考察】脾臓機能不全患者における重症感染症は overwhelming post-splenectomy infection (OPSI) などと呼ばれ、その致死率は極めて高いことが知られている。今回、脾臓低形成に伴う劇症型肺炎球菌感染症および電撃性紫斑病の一救命例を経験したため報告する。

Austrian syndrome with a hypogammaglobulinemia patient

¹国立国際医療研究センター 国際感染症センター

○橋本 亜希¹、忽那 賢志¹、竹下 望¹、大曲 貴夫¹

A 40 year-old Japanese male with hypogammaglobulinemia developed neck pain five days before admission. He was found to be lying on the floor without consciousness, and was transported by ambulance. On arrival, he exhibited high fever and respiratory failure. There were coarse crackles on auscultation and chest X-ray revealed infiltration throughout bilateral lung fields. Test for Pneumococcal urine antigen was positive. Blood sample showed leukocytosis and hypogammaglobulinemia (IgG 172mg/dl). Pneumococcal pneumonia and meningitis were suspected with hypogammaglobulinemia patient. Treatment with ceftriaxone 2g bid and vancomycin 1g bid were started, along with intravenous immunoglobulin. Although fever and inflammatory sign showed improvement, low blood pressure persisted. New heart murmurs appeared on the 2nd day, next day *Streptococcus pneumoniae*(PRSP) was isolated from blood culture. On the 5th day a transthoracic echocardiogram demonstrated a vegetation of the aortic valve associated with severe aortic regurgitation. A diagnosis of infectious endocarditis (IE) was made, then valve replacement surgery was operated on the 6th day. Brain MRI was performed, which showed only meningitis. On the 26th day treatment for meningitis was finished, and treatment for IE continued for 6 weeks after the operation. With a triad of pneumococcal pneumonia, meningitis and IE, a diagnosis of Austrian syndrome was made with a hypogammaglobulinemia patient. Austrian syndrome is rare but associated with high mortality, a correct and early diagnosis and an appropriate treatment are important.