

## 29 ブドウ球菌熱傷様皮膚症候群から多臓器不全となった一例

慈泉会相澤病院透析腎不全センター

塚田 渉 (つかだ わたる)、平田 聖文、小口 智雅、神應 裕

【症例】 33歳 女性

【主訴】 発熱、臀部膿瘍

【現病歴】 生来健康であった。平成15年2月20日頃より右臀部に熱感、発赤を伴う腫瘤を認めた。12月22日より39℃台の発熱及び呼吸苦が出現し、近医受診するも自覚症状強いため当院紹介入院となった。

【入院時現症】 体温38.5℃、血圧80/64mmHg、脈拍109/分、SpO<sub>2</sub> 99% (room air) 眼瞼結膜：貧血なしリンパ節腫脹なし、胸部：ラ音なし、呼吸苦 (+) 腹部：心窩部、臍周囲、下腹部に圧痛 (+) 筋性防御 (-) 反跳痛 (-) 下肢は軽く指で押さえるだけで激痛を呈する

【血液検査所見】

総ビリルビン 2.0 mg/dl,	AST(GOT) 44 IU/L
ALT(GPT) 41 IU/L,	ALP 358 IU/L
LDH 199 IU/L,	γ-GTP 167 IU/L
アミラーゼ 108 IU/L,	CRP 31.8mg/dl
尿素窒素 65.1mg/dl,	クレアチン 3.6 mg/dl
ナトリウム 136 Meq/L,	カリウム 4.0 Meq/L
カルシウム 99 Meq/L,	WBC 15200
RBC 432 x10000,	HGB 13.3 g/dl
HCT 37.3 %,	PLT 6.6 x10000
PT 17.5 秒,	APTT 48.7 秒
フィブリノーゲン 636mg/dl,	FDP 13.92 μg/ml
ATIII 69%	

【血液ガス検査】

PH 7.445,	PO <sub>2</sub> 83.3 mmHg
PCO <sub>2</sub> 28.8 mmHg,	HCO <sub>3</sub> - 19.3 mmol/L
BE -3.3 mmol/L	

【臀部膿瘍細菌培養】

Staphylococcus aureus

【胸部レントゲン】 CTR 52% 肺鬱血を認める。

【入院後経過】

入院後より全身に皮疹が出現、皮疹は発赤、疼痛を伴い、Nicosky 現象も認めた。また臀部膿瘍部位からは排膿を認め培養の結果は Staphylococcus aureus であった。このため皮膚病変はブドウ球菌熱傷様症候群 (SSSS) と考え敗血症、多臓器不全は SSSS によるものと推測し SBT/PC 6g/day PAMP 1g/day を開始した。エンドトキシン吸着療法を入院後第3病日、第6病日に施行した。急性腎不全に対して持続血液濾過を入院後より開始した。治療により皮膚病変は痂皮化を伴って改善、血液検査も第6病日にはクレアチン 0.6 mg/dl、尿素窒素 20.1 mg/dl、総ビリルビン 1.2 mg/dl、AST(GOT) 34 IU/L、ALT(GPT) 37 IU/L、CRP 4.5mg/dl と改善を認めた。

しかし入院後第7病日より血圧60mmHg台とショック状態となり強い呼吸苦が出現した。血液ガス検査でも PH 7.468 PO<sub>2</sub> 58.2mmHg PCO<sub>2</sub> 36.2mmHg と低酸素血症を認めた。心原性ショックが疑われ心臓超音波検査を試行したところ心機能低下、うっ血を認めた。(FS: 13.5% EF: 28.9% IVC: 20.3mm) 壁運動は心基部のみ認められ蝸壺型心筋症の所見であった。敗血症による高サイトカイン血症が引き起こした蝸壺型心筋症と考えられた。心原性ショック、及び肺うっ血は遷延化し、昇圧剤 (最大 DOA 15mg/hr NAD 0.5mg/hr) 使用しても収縮期血圧70mmHg台であった。肺うっ血に対しては持続血液濾過にて除水を行った。加療により第12病日より血圧は徐々に上昇傾向を認め入院後15日目には収縮期血圧120mmHgまで上昇、心臓超音波検査結果でも FS: 28.6% EF: 56%と心機能及び蝸壺型心筋症は改善した。肺うっ血及び自覚症状も消失し、後遺症なく1月13日退院となった。

【考察】

ブドウ球菌熱傷様皮膚症候群とはスーパー抗原である表皮剥奪毒素 (exfoliative toxin) によって引き起こされる疾患である。四肢体幹に猩紅熱様の紅斑を生じ、水疱やびらんを生じる Nikolsky 現象も認める。一方、蝟壺型心筋症とは急性の心筋収縮異常を認め心不全や循環不全状態になる。心臓が収縮末期像にて「たこつぼ」を思わせる形態を示す事から診断名がつけられた。原因はカテコラミンによる心筋障害説あげられている。

この事より本症例はブドウ球菌熱傷様皮膚症候群 (SSSS) が誘引となり蝟壺型心筋症、敗血症、多臓器不全を引き起こしたものと推測された。蝟壺型心筋症は多くは一過性の循環不全であり本症例のように持続血液濾過等の集学的治療により、循環動態を維持すれば、治癒させる事ができると考えられた。