原発性腹膜炎を呈した劇症型A群溶連菌感染症の一例

松吉 健夫 今村 剛朗 佐々木庸郎 山口 和将
小島 直樹 稲川 博司 岡田 保誠

公立昭和病院救命救急センター (〒187-8510 東京都小平市花小金井8-1-1)

Key words: ①primary peritonitis, ②streptococcal toxic shock-like syndrome, ③acute kidney injury

はじめに

劇症型A群溶連菌感染症(streptococcal toxic shock-like syndrome, TSLS)は、突発的に発症し、急速に敗血症性ショック、多臓器障害に進行する病態である。今回我々は、原発性腹膜炎を呈したTSLSの一例を経験したので報告する。

症 例

症例：58歳，女性。

既往歴：双極性障害。

現病歴：6日前より感冒症状，咽頭痛を自覚していた。2日前より，呂律不良，腹部膨満，全身の疼痛を訴え，徐々に増悪した。来院当日，意識障害にて救急要請され，当院救命救急センターへ搬送となった。

来院時現症：意識レベルE3V3M6(GCS)，血圧50/- mmHg，心拍数147 /min，呼吸数34 /min，SpO₂ 95%（酸素10 l/min投与下），体温37.1℃。腹部が著明に膨隆しており，圧痛を認めた。腹膜刺激兆候は判然としなかった。

血液検査値では，WBC 12,120 / μ l，CRP 44.68 mg/dl，procalcitonin (PCT) 113.5 ng/mlと著しい炎症反応の亢進があり，BUN 68.8 mg/dl，Cr 4.80 mg/dlと急性腎傷害を認めた。

臨床経過：経過および理学所見より，腹膜炎からの敗血症性ショックと考え，初期治療を行った。細胞外

液計3,000 mlを投与し，気管挿管，中心静脈カテーテル留置，昇圧薬投与によって循環動態を安定させた。また，血液培養採取の後に，meropenem (MEPM) 2 g分2 /dayを投与した。

一方，診断について，腹部単純CTではダグラス窩に腹水貯留を認めるのみで，消化管穿孔や膿瘍形成など，開腹手術を必須とする所見は得られなかった。腹水穿刺も検討したが，量が少なく困難であった。しかし，重症度を考慮すると経過観察の猶予はないと考え，診断的開腹術を行うことにした。

開腹すると，黄白色の混濁した腹水，および小腸壁に白苔を認めたが，やはり穿孔や膿瘍は認めなかった。生理食塩水10 lで洗浄の後，ダグラス窩にドレーンを留置して手術終了とした。手術所見より，原発性腹膜炎と診断した。

入院後経過をFig. 1に示す。サイトカイン除去，および急性腎傷害に対して持続的血液濾過透析(polymethylmethacrylate膜，1.8 m²，血液流量100 ml/min，透析液+濾過液流量1,500 ml/hr)を行った。抗菌薬は，第2病日に腹水グラム染色でグラム陽性球菌が検出され，Lancefield分類A群であることが判明したためclindamycin (CLDM) 2,400 mg分4 /dayを追加した。第4病日に血液，腹水培養からA群溶連菌(*Streptococcus pyogenes*)が同定され，MEPMをampicilin (ABPC) 12 g分6 /dayに変更した。PCTは第2，3病日にそれぞれ33.0，14.6 ng/mlと急速に低下

A case of streptococcal toxic shock-like syndrome presented as primary peritonitis

Takeo Matsuyoshi, Takeaki Imamura, Nobuo Sasaki, Kazumasa Yamaguchi, Naoki Kojima, Hiroshi Inagawa, Yasusei Okada

Department of Emergency and Critical Care Medicine, Showa General Hospital (8-1-1 Hanakoganei, Kodaira, Tokyo 187-8510, Japan)

J Jpn Soc Intensive Care Med 2016;23:61-2.

Fig. 1 Clinical course
ABPC, ampicillin; CHDF, continuous hemodiafiltration; CLDM, clindamycin; MEPM, meropenem; NA, noradrenaline.

し、noradrenalineも減量できた。利尿は1 ml/kg/hr以上得られており、血液浄化を中止してからもCrが再上昇することはなかった。血小板は第3病日まで低下したが、以降回復した。第9病日に気管チューブを抜去し、第11病日にICUを退室した。その後リハビリテーションを経て、第30病日に自宅退院となった。

考 察

A群溶連菌感染症のうち重症化した症例がTSLSとされているが、1993年に米国防疫センターより診断基準案が提唱されている¹⁾。本症例は、血液、腹水培養からA群溶連菌が検出され、急性腎傷害、凝固障害、精神症状を伴う敗血症性ショックを呈していたことからTSLSに合致する。

原発性腹膜炎は、A群溶連菌による重症感染症のうち、2%を占めると言われている²⁾。本邦では、原発性腹膜炎を呈したTSLSは、会議録を除き5例報告されており^{3)~7)}、しばしば遭遇する疾患と言えるだろう。

感染経路は、膣からの上行性感染、咽頭炎や筋膜炎からの血行性播種が考えられているが²⁾、はっきりしないことが多い。本症例では、入院後に施行した咽頭培養からA群溶連菌が検出され、膣培養は陰性であった。咽頭痛の病歴があったことから、咽頭炎からの播種が疑われる。

本疾患における治療の問題点は、「診断の困難さ」にある。腹痛を伴う重症感染症、かつCTで明らかな外

科的病態を認めない場合に原発性腹膜炎を疑うとされる²⁾が、本症例のように腹水穿刺が行えない場合、非侵襲的な方法では診断しにくい。診断的開腹術を行うか否かは迷われるところであり、本症例でも逡巡した。先に述べた5例のうち4例は洗浄ドレナージ術が施行され、いずれも生存しているが、うち2例は保存的治療を先行した後に状態が悪化し、手術を施行している^{3),4)}。死亡の1例は、診断に至らず剖検での確認であった⁷⁾。また、Westwoodらの報告では、洗浄ドレナージ術を施行されなかった症例は32例中わずかに2例であり、いずれもTSLSの基準を満たさない非重症例であった²⁾。菌量を減じるうえで洗浄ドレナージ術が有用であることは明らかである。術前診断が困難である一方で、適切な時期に手術を行えば、比較的高い救命率を見込めることが、本疾患の特徴と言えるだろう。

腹膜炎が原因として疑われる重症敗血症患者の診療において、画像検索で外科的病態が明らかでない場合には本疾患を想起し、慎重に開腹手術の適応を検討する必要がある。施設によっては、腹腔鏡手術を選択肢の1つとすることもよいだろう。

第42回日本集中治療医学会学術集会(2015年、東京)で発表した。

本稿のすべての著者に規定されたCOIはない。

文 献

- 1) Defining the group A streptococcal toxic shock syndrome. Rationale and consensus definition. The Working Group on Severe Streptococcal Infections. JAMA 1993;269:390-1.
- 2) Westwood DA, Roberts RH. Management of primary group A streptococcal peritonitis: a systematic review. Surg Infect 2013;14:171-6.
- 3) 鶴田宏史, 福井道彦, 小尾口邦彦, 他. 原発性腹膜炎にて発症した劇症型A群連鎖球菌感染症の1症例. 日集中医誌 2003;10:213-4.
- 4) 今村 秀, 安藤正和, 三井信介, 他. 原発性腹膜炎にて発症した激症型A群溶連菌感染症の1例. 日臨外会誌 2003;64:2879-82.
- 5) Kanetake K, Hayashi M, Hino A, et al. Primary peritonitis associated with streptococcal toxic shock-like syndrome: report of a case. Surg Today 2004;34:1053-6.
- 6) 星野伸晃, 長谷川洋, 坂本英至, 他. A群溶連菌による原発性腹膜炎の2例. 日腹部救急医学会誌 2010;30:697-701.
- 7) 田中宏典, 正久康彦, 石井祥裕, 他. 原発性腹膜炎と膿胸を伴った劇症型A群溶血性連鎖球菌感染症の1例. 日救急医学会誌 2013;24:357-62.

受付日 2015年 2月12日
採択日 2015年 4月21日