今月の症例

典型的な日本紅斑熱の2例

山田赤十字病院内科

坂部 茂俊 荒木 潤 山村賢太郎 柴崎 哲典 臼井 英治
谷口 正益 玉木 茂久 谷川 元昭 辻 幸太

同 皮膚科

西井 倫子 水野みどり 中村 保夫

同 細菌検査室

谷村 忍

三重大学医学部医動物学教室

安藤 勝彦 鎮西 康雄

概要 日本紅斑熱は *Rickettsia japonica* を原因微生物とするリケッチア感染症で、1984年に本邦初の紅斑熱として馬原文彦に報告された¹⁾。志摩半島では2000年以降日本紅斑熱と考えられる熱性疾患の流行がある。本稿では2006年9月に経験した2症例を提示する。ともに三重県伊勢市在住の林業に従事する男性で、ダニ刺傷と思われる潰瘍、発熱、全身の紅斑があった。本症は時に致死的となり、日常診療で注意すべき疾患と考えられる。

〔日内会誌 97: 810~813, 2008〕

Key words : 日本紅斑熱, マダニ, 志摩半島, ニューキノロン

症 例

患者1 : 84歳, 男性. 主訴 : 発熱. 既往歴 : マラリア. 20歳頃海外で罹患. 家族歴 : 特記事項なし. 現病歴 : 2006年9月某日から39度台の高熱と全身倦怠感があり翌日当院救急外来を受診した. 入院時現症 : 身長147cm 体重40Kg. 血圧102/68mmHg. 体温37.4度. 脈68/分整. 意識清明. 頭痛, 関節痛, 悪寒戦慄あり. 全身に疼痛, 掻痒感を伴わず, 癒合のない米粒から小豆大の淡い紅斑あり. 手掌にも出現. 頸部後

面に黒色痂皮を伴う潰瘍あり (図1). 表在リンパ節の腫脹なし. 下腿前面に圧痕を伴わない浮腫あり. 心肺 : 清明. 神経学的異常所見なし. 来院時検査成績 : WBC 9.4×10^3 (好中球 85.1%, リンパ球 9.7%) / μl , RBC 4.08×10^6 / μl , Hb 13.2 g/dl, Ht 38.5%, PLT 10.5×10^4 / μl , PT 15.1 秒 (76%), APTT 38 秒, Fib 431mg/dl, FDP 60.6 $\mu\text{g}/\text{ml}$, T-Pro 6.8g/dl, Alb 3.9g/dl, CRP 10.6mg/dl, BUN 20mg/dl, CRE 1.1mg/dl, Na 135mEq/l, K 3.8mEq/l, Cl 99mEq/l, CK 5,475

〔2007年6月16日 第202回東海地方会推薦〕

Two cases of Japanese spotted fever.

Shigetoshi Sakabe¹⁾, Jun Araki¹⁾, Kentaro Yamamura¹⁾, Tetsunori Shibasaki¹⁾, Eiji Usui¹⁾, Masanori Taniguchi¹⁾, Shigehisa Tamaki¹⁾, Motoaki Tanigawa¹⁾, Kota Tsuji¹⁾, Rinko Nishii²⁾, Midori Mizuno²⁾, Yasuo Nakamura²⁾, Shinobu Tanimura³⁾, Katsuhiko Ando⁴⁾ and Yasuo Chinzei⁴⁾ : ¹⁾Departments of Internal Medicine, ²⁾Dermatology and ³⁾Clinical Laboratory, Yamada Red Cross Hospital, Ise and ⁴⁾Department of Medical Zoology, Faculty of Medicine, Mie University, Tsu.

図 1. 症例 1 の皮膚紅斑，刺し口

図 2. 症例 2 の皮膚紅斑，刺し口

IU/l, LDH 335IU/l, AST 173IU/l, ALT 54 IU/l, T-Bil 0.8mg/dl, ALP 180IU/l, Glu 113 mg/dl. 臨床経過：患者は林業に従事し，伊勢市内の山林で作業していた．頸部にダニ刺傷と思われる潰瘍があり，高熱，紅斑，肝障害，血小

板減少とあわせリケッチア感染症の可能性が高いと考えられた．救急担当医がミノサイクリン (MINO)，レボフルロキサシン (LVFX) を経口投与したところ 2 日後に平熱になり，症状は改善した．*R. japonica* 血清抗体価 (IgG) 検査では

急性期 10 倍未満, 回復期 320 倍と有意な上昇を認め日本紅斑熱と診断した。

患者 2: 70 歳, 男性. 主訴: 発熱. 既往歴, 家族歴: 特記事項なし. 現病歴: 2006 年 9 月某日から 40 度を超える高熱があり, 翌日に全身に紅斑が出現した. 全身倦怠感, 関節痛, 咳嗽を訴え 4 日目に当院救急外来を受診した. 入院時現症: 身長 156cm 体重 55Kg. 血圧 114/70 mmHg. 体温 39.0 度. 脈 86/分整. 意識清明. 悪寒戦慄, 関節痛あり. 全身 (四肢に多く分布し, 手掌にも出現) に疼痛, 掻痒感を伴わず癒合しない米粒から小豆大の淡い紅斑あり. 左側背部に痂皮を伴う潰瘍あり (図 2). 心肺: 清明. 神経学的異常所見なし. 来院時検査成績: WBC $7.9 \times 10^3/\mu\text{l}$ (好中球 51.8%, リンパ球 38.4%) RBC $5.72 \times 10^6/\mu\text{l}$, Hb 17.9g/dl, Ht 49.4%, PLT $9.4 \times 10^4/\mu\text{l}$, PT 14.1 秒 (87%), APTT 36 秒, Fib 411mg/dl, FDP 5.1 $\mu\text{g}/\text{ml}$, T-Pro 7.5g/dl, Alb 4.8g/dl, CRP 11.2mg/dl, BUN 19mg/dl CRE 1.1mg/dl, Na 127mEq/l, K 3.9mEq/l, CK 269 IU/l, LDH 349IU/l, T-Bil 1.3mg/dl, AST 62 IU/l, ALT 49IU/l, ALP 212IU/l, Glu 158mg/dl. 臨床経過: 患者 1 と同様に林業に従事し, 伊勢市内の山林で作業していた. 救急担当医がリケッチア感染症の可能性を考え MINO, LVFX を併用したところ 2 日後に平熱になった. *R. japonica* 血清抗体価 (IgG) 検査では急性期 10 倍未満, 回復期 160 倍と有意な上昇を認め日本紅斑熱と診断した。

考 察

2 例の日本紅斑熱を経験した. とともに初診医から適切な治療がおこなわれ重症化せず治癒した. 日本紅斑熱は *R. japonica* が原因微生物で, 媒介動物はキチマダニ, ヤマトマダニ, フタトゲチマダニ, ヤマアラシチマダニと考えられている²⁾. 本症はダニの好咬時期に一致して 4 月から 10 月に³⁾, 西日本の太平洋沿岸を中心とする地域で集団発生する. 最近では関東地方や西日本の日本海側でも報告がある²⁾. 無治療では重症化し,

死亡の報告もある⁴⁾. 症状は高熱, ダニの刺し口, 全身の紅斑が特徴的で, 検査で血小板減少, 肝障害を認める. 恙虫病との比較では, 媒介するダニが違い発生時期, 地域が異なる. 臨床像は酷似するが刺し口が小さい, リンパ節腫脹がない, 手掌紅斑が出現することを相違とする⁵⁾. 治療は恙虫病でテトラサイクリン単剤投与が有効であることに對し, 日本紅斑熱では時にニューキノロンの併用を必要とする.

当院では 2000 年より初夏から晩秋に, ダニに刺されたあと発熱, 紅斑出現, 血小板減少, 肝障害を呈する症例を複数経験した. 診断に関しては 2005 年までに保険所に依頼した血液 PCR 検査で 1 例の日本紅斑熱を確認したのみだった. しかし疫学的な判断と MINO 単剤で重症化した症例があったことから, この流行は日本紅斑熱の可能性が高いものと考え MINO と LVFX あるいはシプロフルロキサシン (CPFX) を併用投与してきた. 診断を確かにするため 2006 年に県外の研究機関に検査を依頼し, 2007 年には三重大学, 三重県科学技術振興センターで血液 PCR, 皮膚 PCR, 血清抗体価検査が行える体制を整えた. その結果当院で 2006 年に 5 例, 2007 年に 11 例の日本紅斑熱確定例を得た. 恙虫病はなかった.

本稿で提示した 2 例は流行期に典型的な臨床経過を呈したため容易に診断された. しかし当院で経験した症例の多くはダニ刺傷に自覚症状を伴わなかった. またダニの刺し口が見つからない症例も複数あった. 遠方からの訪問者が流行地域で本症に感染し, 帰省後に発症した場合 Still 病, 急性肝炎などと鑑別するのは困難と予想される. また刺し口, 紅斑, リンパ節腫脹の有無には個体差が大きく, 恙虫病と日本紅斑熱の同時流行があれば症状から両者を鑑別することは不可能である. われわれは, ショック, 多臓器不全に至った重症例を多く経験したことから本疾患を疑った場合, 早期からテトラサイクリン, ニューキノロンを併用するべきだと考える

が、これにはまだ議論の余地がある。

謝辞：診断にあたり宮崎県衛生研究所山本正悟先生，三重県科学技術振興センター保健環境研究部赤地重宏先生，藤田保健衛生大学堤寛先生，大原研究所藤田博巳先生にお世話になりました。また馬原文彦先生から直接助言をいただきました。ありがとうございました。

文 献

- 1) 馬原文彦：発疹と高熱を主徴としWeil-Felix反応 (OX2) 陽性を示した3症例について。阿南医報 68 (9) : 4-7, 1984.
- 2) 馬原文彦：日本紅斑熱。高知県医師会雑誌 9-18, 2007.
- 3) 高垣謙二：リケッチア感染症。日皮会誌 116(14) : 2247-2253, 2006.
- 4) Kodama K : Fulminant Japanese spotted fever definitively diagnosed by the polymerase chain reaction method. Journal of Infection and Chemotherapy 8 (3) : 266-268, 2002.
- 5) 谷田憲俊：感染症学改定第三版。2005, 132-133.