出血性十二指腸潰瘍を契機に診断されたツツガムシ病の1例

熊本赤十字病院消化器科

吉永 秀哉 階子 俊平 長岡 克弥 舩岡 範
竹熊 与志 北田 英貴 川口 哲 一二三倫郎

熊本リハビリテーション病院内科

中村 太造

概要 出血性十二指腸多発潰瘍にて入院となった、86歳、男性。入院後発熱、肝障害、意識障害が出現した。経過中にダニの刺し口を疑う痂皮を認めミノサイクリンを投与し、以後全身状態は速やかに改善した。後日血清学的にツツガムシ病と診断した。病原体のリケッチアは細血管内皮細胞で増殖し様々な臓器障害を来すが、十二指腸潰瘍の報告例は極めて稀である。本例の潰瘍はその特徴から微小循環障害が原因と思われる。ツツガムシ病による臓器障害の可能性が高い。

〔日内会誌 97:1873~1875, 2008〕

Key words : ツツガムシ病, 十二指腸潰瘍, リケッチア, テトラサイクリン

症 例

患者 : 86歳、男性。主訴 : 黒色便。既往歴 : 虫垂切除。家族歴 : 特記事項なし。現病歴 : 生来健康。阿蘇山麓に在住で、自宅近くの散歩を日課としていた。2006年12月黒色便を主訴に近医受診。上部消化管内視鏡検査で出血性十二指腸潰瘍の所見を認め、加療目的に当院へ紹介入院となった。当院にて再度内視鏡施行したところ十二指腸球部～下行部にかけては浮腫が強く、凝血の付着する不整形の潰瘍が多発していた。潰瘍はすでに止血されており観察のみで終了した。入院時現症 : 体温 35.9度、血圧 124/65mmHg、脈拍 100/分・整、意識 軽度混濁 (GCS : E3, V4, M5)、口腔内 歯肉から膿汁漏出の所見、胸腹部に異常を認めず、皮膚 上肢を中心に皮下出血多数、表在リンパ節 触知せず、神経学的所

見 不穏が強く体動激しいが片麻痺等巣症状なし。入院時検査所見 : 血液生化学検査 ; WBC 14,600/ μ l, RBC 3.63×10^6 / μ l, Hb 12.5g/dl, Ht 38%, Plt 17.3×10^4 / μ l, APTT 31.8秒, PT 12.8秒, PT% 117%, FDP 5.2 μ g/ml, ATIII 47%, TP 5.6g/dl, Alb 2.8g/dl, GOT 38IU/l, GPT 37IU/l, LDH 265IU/l, ALP 195IU/l, γ GTP 22IU/l, BUN 79mg/dl, Cr 1.01mg/dl, S-AMY 117IU/l, BS 142mg/dl, Na 138mEq/l, K 4.2mEq/l, Cl 103mEq/l, CRP 3.72mg/dl。

臨床経過

十二指腸潰瘍については自然止血されたものの、第2病日より39℃を超える発熱と意識障害(せん妄及び不穏)、トランスアミナーゼの上昇を認めた。歯周膿瘍による敗血症を疑い抗菌薬を投与するも改善なく症状は遷延した。意識障

〔2007年5月12日 第277回九州地方会推薦〕

Tsutsugamushi disease complicated with duodenal ulcer bleeding.

Shuya Yoshinaga¹⁾, Shunpei Hashigo¹⁾, Katsuya Nagaoka¹⁾, Susumu Hijioka¹⁾, Yoshi Takekuma¹⁾, Hideki Kitada¹⁾, Tetsu Kawaguchi¹⁾, Michio Hifumi¹⁾ and Taizo Nakamura²⁾ : ¹⁾Department of Gastroenterology, Kumamoto Red Cross Hospital and ²⁾Department of Internal Medicine, Kumamoto Rehabilitation Hospital, Kumamoto.

図 1. 入院時内視鏡所見（十二指腸球部～下行部）

図 2. 左上腕部の痂皮（刺し口）

害については頭部MRIで左側脳室周囲に小さな梗塞巣を疑う所見を認めたが、症状との因果関係は不明だった。精査中の第7病日目に左上腕部に、周囲に強い発赤を伴う痂皮を認めた。症状や生活歴からツツガムシによる刺し口を強く

疑ったことからミノサイクリン (MINO) へ変更した。投与翌日には解熱し、全身状態も急速に改善した。後日患者血清における間接蛍光抗体法で、標準株のIgMはそれぞれKato 80 倍, Karp 320 倍, Gilliam 320 倍と有意な上昇を認めツツガムシ病と診断した。MINOを投与後は意識障害は軽度残るものの、十二指腸潰瘍は軽快し病状も安定したため、第39病日目にリハビリ目的に転院となった。

考 察

ツツガムシ病は病原体であるリケッチア (*Orientia tsutsugamushi*) を保有するツツガムシの幼虫がヒトを刺すことによって経皮感染する。全国の発生状況については、1998 年の疫学調査では年 416 人の発生に対して九州地方が全体の 56.2% を占めており地域差を認めている。しかし、近年は観光目的での流行地での感染も報告されており発生数の少ない地域でも注意が必要である。

図 3. 臨床経過

治療はテトラサイクリン系抗菌薬の投与後1～2日で速やかに解熱し、自・他覚所見も軽快する。しかし、治療が遅れた場合は重篤化し致命的となりうる。リケッチアは脳、肝、肺など全身の細血管系の内皮細胞で増殖し臓器障害を来することが知られており、本例における精神症状や肝障害もツツガムシ病による症状として矛盾しない。一方、十二指腸潰瘍合併の報告例は極めて稀である。一般に十二指腸潰瘍において下行部まで広がる多発潰瘍の存在は全身疾患に伴う微小循環障害に起因するものが考えられており、本例においてもツツガムシ病による臓器障害の可能性が高い。

文 献

- 1) 小川基彦：わが国のツツガムシ病の発生状況—疫学的考察一。感染症誌 75:353-358, 2001.
- 2) 小川基彦：わが国のツツガムシ病の発生状況—臨床所見一。感染症誌 75:359-364, 2001.
- 3) 石倉康宏：恙虫病の血清疫学。臨床とウイルス 15:505-510, 1987.
- 4) 最上久美子：山形県における過去10年間のつつが虫病発生状況。山形衛研所報 38:33-35, 2005.
- 5) Walker DH, Mattern WD: Rickettsial vasculitis. Am Heart J 100:896-906, 1980.
- 6) Yamamoto S, et al: Immunological Properties of Rickettsia tsutsugamushi, Kawasaki Strain, Isolated from a Patient in Kyushu. Microbial Immunol 30:611-620, 1986.