複視を初発症状とした感染性心内膜炎の1例

長谷川森一¹⁾ 豊住 久人¹⁾ 後藤 純規¹⁾ 百々 修司¹⁾
熊澤 昭文¹⁾ 横家 弘一²⁾ 磯部 綾子³⁾ 加藤 貴之⁴⁾
田中 常雄⁵⁾ 中村 悦子⁶⁾

要旨 51歳，女性．40℃の発熱と複視を主訴とし左内方視不可を認め入院となった．脳MRI・DWIで左中脳，右小脳，脳梁，右前頭葉に高信号域を認めた．shower embolismと考えられ，心エコーにて僧帽弁後尖基部にvegetationを認めた．血液培養にて*Staphylococcus aureus*を検出，感染性心内膜炎と診断し抗生剤投与を開始したが，経過中に僧帽弁閉鎖不全増強し，心不全を来たしたので僧帽弁形成術施行した．

〔日内会誌 99：2843～2845，2010〕

Key words：感染性心内膜炎，複視，動眼神経麻痺，*Staphylococcus aureus*

症 例

患者：51歳，女性．主訴：発熱 左眼内方視不可．**現病歴**：40℃以上の発熱を来し近医受診．3日後，複視が出現したので当院救急外来受診した．左眼内方視不可を認めたので入院となった．**既往歴**：2008年に健診にて高脂血症，肝障害を指摘された．今まで心疾患は指摘されていない．**手術歴**：なし．**嗜好歴**：飲酒なし，喫煙あり（20本/日×30年）．**入院時身体所見**：体温37.8℃，脈拍96回/分・整，意識清明，項部強直認めず，眼球運動左眼内方視不可，四肢麻痺なし，心尖部にLevine II/VI度の収縮期雑音聴取．**入院時検査所見**：WBC 12,200/μl (Neu 80.6%)，RBC $3.85 \times 10^6/\mu\text{l}$ ，Hb 12.0 g/dl，Plt $27 \times 10^4/\mu\text{l}$ ，TP 5.3 g/dl，Alb 2.2 g/dl，AST 42 IU/l，ALT 68 IU/l，LDH 269 IU/l，CRP 16.04 mg/dl，ESR

図1. 経胸壁心エコーにてMR II/IV度僧帽弁後尖に12.8×11.4 mmの可動性の疣贅を認める．

60分値 78 mm，BUN 14.6 mg/dl，Cr 0.62 mg/dl，T.Bil 2.20 mg/dl，D.Bil 1.00 mg/dl，CK 88 IU/l，ChE 200 IU/l，ALP 558 IU/l，γGTP 184 IU/l，

〔第209回東海地方会（2009/10/24）推薦〕〔受稿2010/05/06，採用2010/06/08〕

¹⁾ 独立行政法人国立病院機構豊橋医療センター内科，²⁾ 同 循環器科，³⁾ 同 眼科，⁴⁾ 同 脳神経外科，⁵⁾ 同 心臓血管外科，⁶⁾ 同 病理検査科

A case of infective endocarditis associated with diplopia at the onset.

Morikazu Hasegawa¹⁾, Hisato Toyozumi¹⁾, Junki Goto¹⁾, Shuhji Dodo¹⁾, Akifumi Kumazawa¹⁾, Koichi Yokoya²⁾, Ryoko Isobe³⁾, Takayuki Kato⁴⁾, Tuneo Tanaka⁵⁾ and Etuko Nakamura⁶⁾ : ¹⁾Department of Internal Medicine, ²⁾Cardiology, ³⁾Ophthalmology, ⁴⁾Neurosurgery, ⁵⁾Cardiovascular Surgery and ⁶⁾Pathology, National Hospital Organization Toyohashi Medical Center, Aichi.

図2. 脳MRI 拡散強調画像 (DWI) で脳幹部に高信号域を認める.

Na 135 mEq/l, K 3.0 mEq/l, Cl 102 mEq/l, T. Chol 177 mg/dl, BS (随時) 141 mg/dl.

心エコー (図1) にて僧帽弁後尖に可動性の疣贅を認めた.

脳MRI・DWI (図2) での高信号像は動眼神経核近傍に生じている. 脳梗塞所見であり, これが動眼神経不全麻痺の原因と考えられる.

入院後の臨床経過

直ちに血液培養施行した後, ABPC 6 g/日点滴開始した. 第2病日に血液培養にて *Staphylococcus aureus* (以下 *S. aureus*) が検出された. Duke 診断基準を満たすことになり, 感染性心内膜炎 (以下IE) と確定診断がついた. 第3病日に *S. aureus* はABPCに感受性がなくカルバペネム系に感受性であったので, MEPM 2 g/日に変更した. 第6病日頃より神経症状の改善が認められた. 口腔外科にて未治療の齲歯及び高度の歯周病を指摘された. 心エコー上, 疣贅は 10.2×3.7 mm に縮小していたが, 僧帽弁閉鎖不全 (以下MR) の増強を認めた. フロセミド内服にもかかわらず, 下腿浮腫の増加及び胸部XP上で胸水が認められた. うっ血性心不全と考えられ, 外科的適応と判断し, 心臓血管外科に依頼した. 僧帽弁形成術が施行された.

術後心エコーでMRは極く僅か認めるのみとなった.

病理所見

弁基部側ではフィブリン析出は消失し, 肉芽組織の形成や線維化が認められる. 好中球は目立たず, 慢性炎症細胞浸潤がみられる. これらの所見はIE後の変化と考えられる.

考 察

中枢神経合併症による症状が主訴であったので, *S. aureus* によるIEの早期診断・治療に結びついた症例である.

IEにおける中枢神経系合併症は20~40%といわれているが, 母集団の性質等によって異なる¹⁾. 本邦ではIE手術例の9.7%に脳合併症を伴い, そのうち脳梗塞が64.6%であったという²⁾. また塞栓症を伴うIE 60症例の報告を検討したところ, 入院時に既に塞栓症を発症していたのは67%で, 抗生剤投与開始後の発症が33%であり, それは4日目から1カ月までに多かったという³⁾. 本症例は複視 (動眼神経不全麻痺) が極めて早期に出現していたが, 抗生剤投与中新たに塞栓症が起きていた可能性も否定はできない. 第1病日のMRIでshower embolismの所見があったにも拘らず, 症状は複視のみだったからである. 複視が改善したのは動眼神経近傍の梗塞周囲の浮腫が改善したためと考える. 本症例の疣贅は抗生剤により 10.2×3.7 mmへ縮小しているものの, 手術直前の時点で未だ10 mm以上である. MR

増強によりうっ血性心不全が生じたので、外科的治療を行ったが塞栓症の面からも手術すべき症例と考えられる。神経系合併症を伴うIEの起因菌は*S. aureus*が多い⁴⁾。本症例では、誘因と思われるものがなく、齦菌と歯周病がIEの原因のひとつである可能性も考えられた。

中枢神経症状を伴った発熱疾患患者に対しIEを疑うことが必要である。

文 献

- 1) 宮武邦夫, 他: 感染性心内膜炎の予防と治療に関するガイドライン (2008 年改訂版), 2007 年度合同研究班報告 (日本循環器学会, 日本胸部外科学会, 日本小児循環器学会, 日本心臓病学会). 2008.
- 2) Eishi K, et al: Surgical management of infective endocarditis associated with cerebral complications. Multi-center retrospective study in Japan. J Thorac Cardiovasc Surg 110: 1745-1755, 1995.
- 3) 湯原幹夫, 他: 感染性心内膜炎の経過中に下壁梗塞を合併した 1 例. 呼吸と循環 53: 537-539, 2005.
- 4) Fowler VG, et al: Staphylococcus aureus endocarditis. JAMA 293: 3012-3021, 2005.

「今月の症例」の投稿について

今月の症例は、地方会で発表された演題の中から、教育的に優れた臨床報告の演題を各支部ごとに推薦を受け、それをさらに日本内科学会雑誌編集委員会で審査し、口演者（連絡責任者）に投稿を勧誘をしております。よって、一般投稿は受理しておりません。