島根医科大学第三内科

土谷治久◇岡田和悟 山口修平 小林祥泰 恒松徳五郎

概要 背部痛で発症し、血液培養で表皮ぶどう球菌が検出された感染性心内膜炎(IE)の症例を報告した。胸椎断層、MRIで感染性脊椎炎が認められた。PC-Gの大量投与により、胸椎断層、MRI所見の改善と共に背部痛が消失した事より、感染性心内膜炎による細菌の微小塞栓により神経根症状を呈したものと思われた。IEによる背部痛は欧米では散見されるが本邦では報告例がない。炎症を伴う背部痛の場合、常にIEを念頭におく必要があると考えられる。

〔日内会誌 78:1781~1782, 1989〕

緒言 感染性心内膜炎は、勝ら¹⁾の報告によれば発熱、心雑音、全身倦怠感を初発とすることが多いとされているが、我々は背部痛を主訴として発症した1例を経験した。

症例 61才、男性。主訴 背部痛と発熱。
家族歴 特記事項無し。**既往歴** 昭和50年より高血圧症。**現病歴** 昭和62年春より歯を治療。昭和63年2月に激しい背部痛が突然出現し、某院に入院。対症療法で自覚症状は改善したが、血沈とCRPは高値のまま退院した。4月末より、微熱が連日出現し、背部痛も悪化し体動時に増強した。心不全を思わせる徴候はなかった。5月24日に当院入院。入院時現症 体温38℃。脈拍84/分、整。血圧130/78mmHg。呼吸数18/分。眼球結膜正常、眼底K-W III度。第3肋間胸骨左縁に最強点を有する3/6度の拡張期雑音を聴取。肺野は清、肝脾腫は触知せず。下腿浮腫なし。背部痛のため、歩行が困難で、Th 7~Th 9、L 4~L 5に叩打痛が有り全方向に脊椎運動制限あり。両側50度でLasegue徴候陽性。髄膜刺激徴候無し。その他の神経学的所見正常。入院時検査所見 尿検査正常。赤血球373万/ μ l、Hb 11.9g/dl、Ht 35.2%。WBC 7700/ μ l、Segs 55%で分画正常。血小板23.6万/ μ l。血沈は1時間140mmと著明に亢進。CRP(4+)。血清免疫生化学検査では、フィブリノーゲン420mg/dlと高値、IgG 2870mg/dl、IgA 601mg/dlと上昇し、IgM 113mg/dl、C₃ 103mg/dl、C₄ 46mg/dlと上昇を認める。RAテスト、抗核抗体、TPHAは陰性。蛋白電気泳動でM-蛋白陰性。腫瘍マーカー、HLA-B27も陰性。ツ反は陰性。髄液は水様透明で細胞15/3(L:N=1:0)、蛋白32mg/dl、糖49mg/dl。心電図でV₄~V₆に軽度のST-Tの異常と左室肥大の所見あり。血液培養で表皮ぶどう球菌が6回検出され、心エコーでvegetationは認められなかったが、大動脈閉鎖不全(AR)を認め、感染性心内膜炎と診断。入院時胸部写真では肺野正常、左第4弓突出、CTR 57%と拡大。胸椎断層写真で、Th 6~9の椎体に骨きょく形成がみられ椎体の破壊像、骨間列隙の狭小化と共に、空胞の形成が見られ、感染性脊椎炎の所見を認めた。^{99m}Tc-骨シンチで、Th 8とその周辺の胸椎、およびL 5椎体でuptakeの増加を認めた。胸椎MRI shrot SE法でTh 7~8間の椎体の変形と破壊像がみられ、Th 8の骨の下縁に高信号域を認めた(図)。骨盤X線像正常。臨床症状は認めなかったが、頭部造影CTを行い左前頭葉大脳縦裂に低吸収域を認め辺縁の一部に増強が認められ、またMRI long SE法では同部が高信号領域として描出され潜在性脳膿瘍と診断した。上腹部造影CTでは軽度の脾腫とその内部に低吸収域を認め脾膿瘍と診断した。
臨床経過 感染性心内膜炎に感染性脊椎炎、脾膿瘍、および脳膿瘍の合併例としてPC-G 2000万単位/日点滴静注の与を開始。症状は改善するも、血沈、CRP、IgGの正常化が遅延しAMK 800mg/日

〔平成元年4月12日受稿〕

A case of bacterial endocarditis manifested by severe back pain as initial symptom

Haruhisa TSUCHIYA, Kazunori OKADA, Shuhei YAMAGUCHI, Shotai KOBAYASHI and Tokugorou TSUNEMATSU, Shimane University of Medical Science, Izumo

図. 胸椎 MRI, short SE 法で Th 7~8間の椎体の変形と破壊像および, Th 8の椎体骨下縁の高信号域を認め, 感染性心内膜炎に起因する椎体の炎症性変化が認められた。

の追加投与を行い後に CEX 6g/日への変更を行った。脾膿瘍は治療開始後の追跡 CT では消失。また治療開始 1 カ月半後の MRI で, Th8 の椎体の高信号域は減少した。また 2 カ月後の胸椎断層でも, 炎症を思わせる所見は消失した。背部痛も PC-G 投与 2 週間目より軽快し, 2 カ月後には消失した。

考案: John²⁾は感染性心内膜炎において胸椎と, 腰椎とに多発性の圧迫骨折を認め剖検で, 胸腰椎硬膜外膿瘍が認められた症例を, Harkonen³⁾, Jacob⁴⁾は抗生物質投与により背部痛が消失した症例を報告している。また Ninet⁵⁾は 14 例の急性骨髄炎を呈した感染性心内膜炎を報告し部位別の症状発現頻度は腰椎 43%, 胸椎 21.5%, 頸椎 28.5% としている。背部痛を初発症状とする感染性心内膜炎は, 欧米では報告が散見されるが, 本邦では, みられなかった。本例も抗生物質投与により, Harkonen³⁾, Jacob⁴⁾の症例と同様に臨床症状が改善し, 胸椎断層, MRI の脊椎での炎症性所見が消退しており, 背部痛は Harkonen³⁾, Ninet⁵⁾が考察しているように, 細菌の微小塞栓による感染性脊椎炎が原因となり神

経根症状を呈したものと考えられる。背部痛が初発症状として出現する頻度は, Churchill⁶⁾によれば 23%, Lawrence⁷⁾は 8% であるとしている。本邦で我々の検索範囲で報告例が認められなかった理由として背部痛, 骨の変化を加齢によるものと考えてしまう傾向があるのではないかと考えられた。炎症所見を伴う背部痛の鑑別診断においては常に本症を念頭におく必要があると思われる。一方, John²⁾は, X線像での変化は掴み難く, 局在性の強い圧痛が高い診断的価値を持つと指摘しているが, MRI は本症の様な感染性心内膜炎に起因する椎体の炎症性変化の診断に有用であると思われた。諸臓器の梗塞巣は Lawrence⁷⁾によれば 125 例中 77% で存在し脳に 20% 見られたとしている。Le Gam⁸⁾も 29% に存在し中大脳動脈領域が多いとしている。脾膿瘍は Johnson⁹⁾の集計では 31~44% で合併し初発症状として側腹部痛, 腹部膨満が 70.5% で認められるとしている。CT での低吸収域の消失と側腹部痛の改善が一致したことより膿瘍による症状であったと考えられた。

文 献

- 1) 勝 正孝: 感染性心内膜炎の現況. 日医会雑誌 84: 869, 1980.
- 2) John T, Flynn MD: Back pain and rapid neurologic deterioration in an elderly woman. New York State J Med Jan: 23, 1984.
- 3) Harkonen M, et al: Severe backache as a presenting sign of bacterial endocarditis. Acta Med Scand 210: 329, 1981.
- 4) Jacob W, Joseph S: Backache in bacterial endocarditis. New York State J Med July 15: 1903, 1970.
- 5) Ninet J, et al: Bacterial endocarditis presenting as acute vertebral osteomyelitis. Eur Heart J 5(Suppl C): 101, 1984.
- 6) Churchill MA, et al: Musculoskeletal manifestations of bacterial endocarditis. Ann Intern Med 87: 754, 1977.
- 7) Lawrence L, et al: Infective endocarditis: A review of 125 cases from the university of Washington hospitals, 1963-72. Medicine 56: 287, 1977.
- 8) Le Gam B, et al: Neurologic: Complication in a group of 86 bacterial endocarditis. Eur Heart J 5: 97, 1984.
- 9) Johnson JD, et al: Splenic abscess complicating infectious endocarditis. Arch Intern Med 143: 906, 1983.