播種性淋菌感染症の 1 例

新潟市民病院総合診療科

矢部正浩 野本優二 山添 優

同 感染症科

吉川博子

概要 53 歳, 男性. フィリピンからの帰国時より左小指の腫脹, 発疹, 両上肢遠位部の関節痛と強ばり, 右肩痛, 発熱がみられた. 身体所見では右肩関節の可動制限と両小指に直径 3mm 程度の中心紫色で周辺やや発赤した丘疹を各一個認めた. 核左方移動を伴った白血球増加と CRP の軽度上昇を認めたが他に異常なし. 入院後右手関節屈側の腱鞘炎も出現. 血液培養から淋菌を検出し播種性淋菌感染症による敗血症と診断. セフェム系抗菌薬投与にて治療. 性感染症予防対応を患者に伝えた.

〔日内会誌 94 : 1146 ~ 1148, 2005〕

Key words : 播種性淋菌感染症, 淋菌, 性感染症

症 例

患者 : 53 歳, 男性. 主訴 : 両手の痛み, 強ばり. 既往歴 : 40 歳, 胃潰瘍. 家族歴 : 特記すべきことなし. 現病歴 : 以前から仕事で毎月フィリピンを訪問していた. 11 月 26 日, フィリピンからの帰国直前に左小指にピリピリした痛みを感じた. 帰国直後, 同部が腫れて点状に紫色になった. 同 27 日, 両手指関節の疼痛と強ばり, 両手関節と右肩関節の疼痛が出現. 同 28 日, 発熱がみられ入院. 入院時身体所見 : 体温 38.3℃. 血圧 142/82mmHg, 脈拍 88/分で整. 頭頸部, 心肺腹部, 直腸診に異常を認めず. 右肩関節は可動時疼痛で 70° の外転制限. 左小指全体に腫脹があり, 左右小指遠位指節間関節に直径 3mm 程度の中心紫色で周辺やや発赤した丘疹を各 1 個認めた (図 1). 入院時検査所見 : 血算では白血球 15,700/μL (杆状核球 2.5%, 分葉核球 82%) と増加し左方移動を認めた. 生化学検査では CRP

図 1. 皮疹
右小指遠位指節間関節に認めた丘疹

〔平成 16 年 5 月 22 日 第 114 回信越地方会推薦〕

Disseminated gonococcal infection.

Masahiro Yabe¹⁾, Yuuji Nomoto¹⁾, Masaru Yamazoe¹⁾ and Hiroko Yoshikawa²⁾ : Departments of ¹⁾General Internal Medicine and ²⁾Infectious Disease, Niigata City General Hospital, Niigata.

図 2. 臨床経過

1.99mg/dLと軽度上昇を認めた。他の生化学検査、赤沈、自己抗体や補体系、検尿、胸部X線で異常を認めなかった。HBs抗原、HCV抗体、HIV抗体、TP抗体、RPRサークルはいずれも陰性であった。入院後経過（図2）：軟部組織感染症を疑い血液培養を3回採取した後に第1世代セフェム系抗菌薬の投与を開始した。入院後一過性に右手関節の腱鞘炎を認めたが、いずれの症状も速やかに消失し、CRP、白血球数も改善した。入院4日目に血液培養から淋菌*Neisseria gonorrhoeae*を検出し播種性淋菌感染症disseminated gonococcal infection (DGI)と確定診断。第3世代セフェム系抗菌薬に変更し治癒した。再度の医療面接でセブ島滞在時にフィリピン人女性ダンサーと連日性的接触があったことが判明し、この時期に感染したと考えられた。パートナーの精査加療が必要なことと性行為時にはコンドームを着用することを患者に伝えた。

考 察

多発性関節痛と発熱を訴える患者では感染性関節炎や反応性関節炎、関節リウマチ、全身性血管炎、結晶性関節炎などを鑑別する必要がある¹⁾。細菌性の感染性関節炎は非淋菌性と淋菌性とに大別される¹⁾。淋菌性の関節炎は淋菌の全身感染症として出現することが多いためDGIと呼ばれ、全淋菌感染症患者の1～3%を占めるとされるが^{2,3)}、日本では1983年以降の日本医学中央雑誌での検索では6例しか報告されていない。DGIの危険因子として女性、月経、妊娠、補体欠損症などが挙げられる^{2～6)}。DGIは大きく2つの病期に分けられる^{2～6)}。病初期には発熱、多発性の関節痛と共に、非対称性の関節炎や腱鞘炎が主に肘や膝とその遠位部に出現し、皮膚症状を伴うことが多い^{2～6)}。皮膚所見は四肢遠位部に数個から数十個程度の丘疹や膿疱が出現し出血性変化を伴うことが多い^{2～6)}。この時期には40%前後の症例で血液培養が陽性となる^{3,4,6)}。その後、皮膚所見が消失し、1,2カ所の関節炎が増悪して化膿性関節炎となる^{2～6)}。関節液の穿刺培養で淋菌を証明できる場合がある。本症例は、発熱、多発性で一部非対称性の関節痛、腱鞘炎に加え特徴的な皮膚所見を認め、DGIの関節炎皮膚炎症候群の典型的な症例と考えられた。検査所見としては、白血球増加、炎症反応高値を認める

る¹⁾。細菌性の感染性関節炎は非淋菌性と淋菌性とに大別される¹⁾。淋菌性の関節炎は淋菌の全身感染症として出現することが多いためDGIと呼ばれ、全淋菌感染症患者の1～3%を占めるとされるが^{2,3)}、日本では1983年以降の日本医学中央雑誌での検索では6例しか報告されていない。DGIの危険因子として女性、月経、妊娠、補体欠損症などが挙げられる^{2～6)}。DGIは大きく2つの病期に分けられる^{2～6)}。病初期には発熱、多発性の関節痛と共に、非対称性の関節炎や腱鞘炎が主に肘や膝とその遠位部に出現し、皮膚症状を伴うことが多い^{2～6)}。皮膚所見は四肢遠位部に数個から数十個程度の丘疹や膿疱が出現し出血性変化を伴うことが多い^{2～6)}。この時期には40%前後の症例で血液培養が陽性となる^{3,4,6)}。その後、皮膚所見が消失し、1,2カ所の関節炎が増悪して化膿性関節炎となる^{2～6)}。関節液の穿刺培養で淋菌を証明できる場合がある。本症例は、発熱、多発性で一部非対称性の関節痛、腱鞘炎に加え特徴的な皮膚所見を認め、DGIの関節炎皮膚炎症候群の典型的な症例と考えられた。検査所見としては、白血球増加、炎症反応高値を認める

が^{2, 4, 5)}，特異的な検査所見はなく，血液培養や関節液培養，子宮頸部，尿道，直腸，咽頭などの粘膜の培養が不可欠である^{2~4, 6)}。皮膚所見に気づかない場合や血液培養を施行せずに抗菌薬を投与した場合は確定診断に至らない可能性がある。治療は近年マクロライド系抗菌薬とニューキノロン系抗菌薬への耐性淋菌がアジア，環太平洋を中心に増加しており，DGIの場合も初期治療は第3世代セフェム系抗菌薬の投与が推奨されている^{2, 7, 8)}。またクラミジア感染が合併するため同時に治療することも多い。

文 献

- 1) Pinals RS: Polyarthritits and fever. *N Eng J Med* 330: 769-774, 1994.
- 2) Handsfield HH, Sparling PF: *Neisseria gonorrhoeae*. Mandell GL, et al, eds. *Mandell, Douglas, and Bennett's principles and practice of infectious diseases*, 6th ed, Elsevier Philadelphia, 2005, 2514-2529.
- 3) Silva J, Wilson K: Disseminated gonococcal infections. *Cutis* 24: 601-606, 1979.
- 4) Holmes KK, et al: Disseminated gonococcal infection. *Ann Intern Med* 74: 979-993, 1971.
- 5) O'Brien JP, et al: Disseminated gonococcal infection: a prospective analysis of 49 patients and a review of pathophysiology and immune mechanisms. *Medicine* 62: 395-406, 1983.
- 6) Hook EW, Holmes KK: Gonococcal infections. *Ann Intern Med* 102: 229-243, 1985.
- 7) Centers for Disease Control and Prevention: Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2002. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 51 (No. RR-6): 36-42, 2002.
- 8) 性感染症診断・治療ガイドライン 2004. 日本感染症学会誌 Suppl 15: 8-13, 2004.