

ラジオNIKKEI ■放送 毎週木曜日 21:00~21:15

マルホ皮膚科セミナー

2012年7月19日放送

「第63回日本皮膚科学会西部支部学術大会⑤

ミニセッション 1-15 「あぶない皮膚感染症」

東京都立墨東病院 皮膚科

部長 沢田 泰之

はじめに

危ない皮膚感染症には2種類の疾患群があります。第1の疾患群は皮膚及び皮下に細菌感染症が存在し、生命に危険が及ぶ疾患です。たとえば壊死性筋膜炎、ガス壊疽などです。第2の疾患群は皮膚、皮下以外に主感染巣があり、その症状として皮膚に所見を認める疾患です。例えば、トキシックショック症候群、トキシックショック様症候群、電撃型紫斑病などです。

今回は危ない皮膚感染症として、壊死性筋膜炎、ガス壊疽、トキシックショック症候群、及びトキシックショック様症候群の診断と治療についてお話ししましょう。

壊死性筋膜炎について

壊死性筋膜炎は1952年 Willson らによって報告された概念で、南北戦争当時より、非常に重篤な感染症として理解されています。血流に乏しい浅層筋膜を細菌感染の主座するため、抗生剤が効きにくく、急激に拡大する重症軟部組織感染症です。死亡率は50%程度の記述が多く、非常に予後不良な疾患です。進行するとDIC、敗血症、多臓器不全を発症し不帰の転機をたどります。救命するためには早期診断と早期治療が重要です。

墨東病院ではこれから話すように診断・治療を進めています。

まず、白血球 20000 以上またはCRP 20 以上の皮内・皮下の感染症患者では壊死性筋膜炎を念頭に置きます。特に臨床所見が軽微で、検査所見が重篤と両者に乖離があるときは特に注意が必要です。次に、全身のCTをとります。下肢だけでなく、全身のCTをとるのは下肢の感染巣の有無を確認するとともに、肺炎、膵炎、胆のう炎など、他の感染巣や癌の存在を否定するためです。CT で肺炎や胆のう炎、膵炎など他の臓器に感染、

腫瘍などを疑わせる所見があれば、当該科に依頼します。他の臓器に所見がなく、CT で脂肪隔壁および筋膜肥厚、体液貯留があれば、その部位を2-3cm筋膜まで切開します。大量の米のとぎ汁様の浸出液、筋膜の変性、融解を認め、筋膜部で筋膜と皮下脂肪織が容易な剥離できる場合は壊死性筋膜炎と診断します。このような切開による診断法をfinger法と呼びます。

治療は抗生剤の投与と早期の外科的切開が重要です。抗生剤はペニシリン系抗生剤とクリンダマイシリンを投与します。次に、病変部を皮膚から筋膜まで切開をし、変成した筋膜部を剥離、洗浄します。壊死した皮膚は切除しますが、紅斑のみの部位はできるだけ残します。壊死が拡大すれば改めて、その部位を切除します。壊死性筋膜炎の手術において最も困難なことは手術範囲の同定です。表面から見て正常に見える部位

でも、筋膜上に炎症が波及している場合があります。CT ではこれを筋膜・脂肪隔壁の肥厚、densityの上昇という形で捉える事が可能です。墨東病院では手術開始予定時間から24時間以内のCT画像を目安に切開する範囲を決めています。切開は術後の運動障害を残さないようにできるだけ体幹四肢の側面で行います。下肢であれば、大転子やや前方から、膝関節外側、外踝前面へと切開します。内側も同様です。必要であれば膝窩部で切開線をつなぐことも可能です。

早期診断では、軽微な臨床所見と白血球2万、CRP20などの重篤な検査所見の乖離に気づき、目をそらさないことが重要です。

このために、普段から丹毒、蜂窩織炎などの感染症において、白血球数、CRPなどの検査所見を当てる練習をすることが重要です。

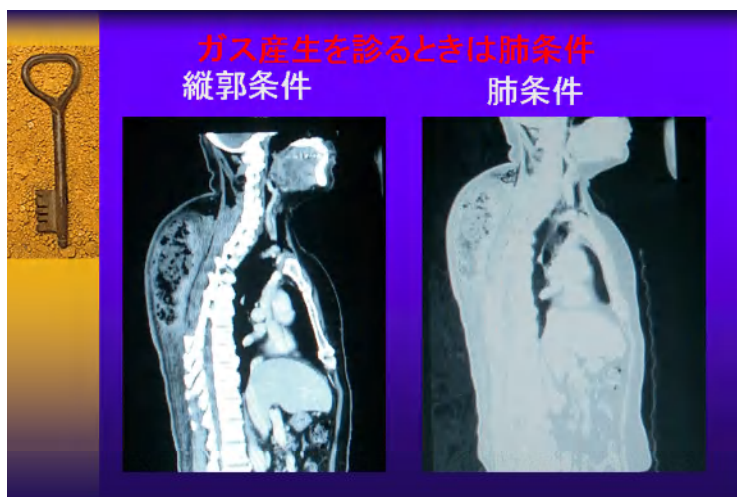
ガス壊疽について

ガス壊疽についても同様の注意が必要ですが、2点だけ特別な注意が必要になります



。1点目は診断時のCT検査です。病変の広がりを確認するには縦郭条件を使用しますが、ガス像の確定には肺野条件を使用しなければなりません。

2点目は治療時です。ガス壊疽の患者さんは糖尿病、肝硬変などの基礎疾患を有します。その基礎疾患に難渋することも多く、基礎疾患を扱う科と当初から緊密な連携をとることが重要です。



トキシックショック症候群について

トキシックショック症候群は TSST-1、SEA などの黄色ブドウ球菌外毒素産生性球菌により引き起こされます。発熱、紅斑・粘膜の発赤、血圧低下、多臓器障害が四徴です。

診断は発熱を伴った全身の猩紅熱様紅斑またはびまん性斑状紅斑からトキシックショック症候群を疑います。タンポンの使用歴、出産、手術などの既往や上気道感染症の有無を問診し、血液、咽頭、髄液、膿、尿などの培養を行うとともに、感染巣の検索を行います。死亡率は3-5%とされており、早期診断と適切な処置が必要です。

治療は黄色ぶどう球菌に感受性のあるペニシリン系、セフェム系抗生剤などとクリンダマイシリンの大量投与を行います。MRSAによるトキシックショック症候群も多く、24-48時間以内に解熱など効果がみられなければ、バンコマイシンなどMRSAに有効な薬剤へ変更します。ショックに対しては集中治療室管理、腎不全、呼吸不全に対しては透析、人工呼吸器の装着を考慮しておく必要があります。



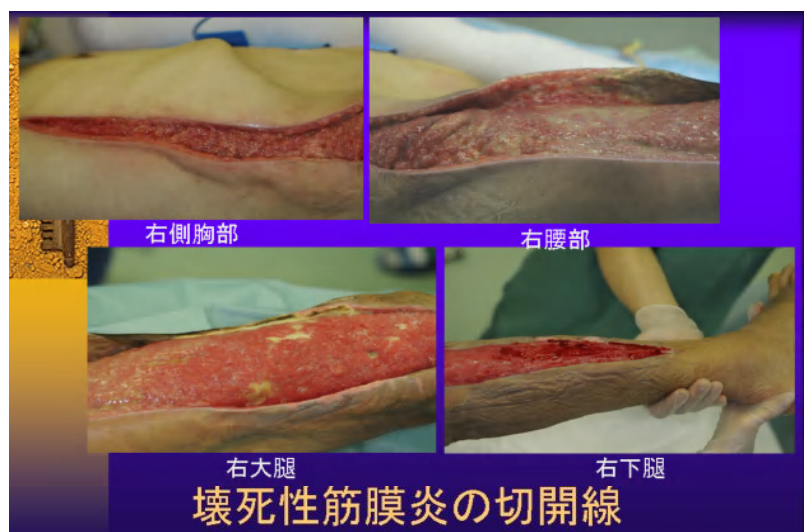
トキシックショック様症候群について

トキシックショック様症候群はトキシックショック症候群とほぼ同様の紅斑を呈しますが、A群β溶連菌感染を基盤としたより重篤な疾患です。壊死性筋膜炎を高率に合併し、多臓器不全、敗血症性ショックにより30-50%が死亡するきわめて致死率の高い感染症です。診断治療は壊死性筋膜炎、トキシックショック症候群に準じますが、予後を考えればグラム染色などによる原因菌の早期診断が重要です。



危ない皮膚感染症を診断治療するためには軽微な臨床所見と重篤な検査所見の乖離に気がつくこと、そしてそこから目をそらさないことが重要です。このために日常の診療の中で臨床所見から検査所見を当てる訓練を積むことが重要です。同時に、臨床と検査所見の乖離に気がついた時、「こんなこともあるのか」と目をそらすのではなく、自ら進んで全身のCTなどを取り、感染巣を確認する努力を怠らないことが重要です。皮膚科医が検査所見を予見する能力を持ち、乖離があればその原因となる感染巣を見つけ出す能力を持つことができれば、他科の医師も進んで診断治療に協力してくれるでしょう。

もう1つの重要な点はチーム医療です。今お話しした院内チーム医療はもちろん、二次医療圏内の病診、病病連携が重要です。一人一人が地域の皮膚科医療のチーム員であることを意識してください。壊死性筋膜炎、ガス壊疽、トキシックショック症候群などの危ない皮膚感染症を早期に発見し、紹介していただける優秀な診療所皮膚科医師がいなければ、患者を救命することはできません。重症な状態を脱した患者さんを受けてくれる近隣の病院、退院後の患者さんをフォローしていただける診療所がなければ次の重症患者さんを受け入れることはできません。



おわりに

今回私は日本皮膚科学会西部支部学術大会の「日本各地の皮膚病あれこれ・ご当地の皮膚病自慢」というシンポジウムで「危ない皮膚感染症」のお話をさせていただきました。そのとき最も感じたこと、私が江東、墨田、江戸川区の御当地で最も自慢したいことはこの地域で働かれる皮膚科の先生方の優秀さ、やさしさ、聡明さです。「危ない皮膚感染症」は救急疾患です。救急医療ではどんなに優秀な先生でも遠方にいたのではどうにもなりません。自分たちの地域で皮膚科救急医療を見ることのできる体制をそれぞれが意識して作る必要があります。

最後にもう一度いいます。「危ない皮膚感染症」を診療するためには臨床と検査所見の乖離に気がつくこと、そして「危ない皮膚感染症」を含めた皮膚科救急を見るための院内及び二次医療圏内のチームを大学、皮膚科医会と協力して一人一人が作り上げることが必要と考えます。