

脳梗塞，腎梗塞を続発した感染性心内膜炎の若年例

山科 順 裕，林 英 守，石 田 明 彦
櫻 井 薫，滑 川 明 男，八 木 哲 夫
小田倉 弘 典

はじめに

当初脳腫瘍と診断され経過中に感染性心内膜炎 (IE) の存在が明らかとなり，脳梗塞，腎梗塞を続発した若年例を経験したので報告する。

300万単位×5回/日，ゲンタマイシン (GM) 60 mg×3回/日，セファメジン (CEZ) 2g×3回/日

症 例

患者：16歳，男性

主訴：発熱

既往歴：心疾患なし，歯科受診歴なし

現病歴：平成14年4月下旬より38度台の発熱があり近医を受診したが改善が見られず総合病院に紹介され，脳CT，腰椎穿刺を施行され脳腫瘍の診断にて加療を受けていた。数日後心電図異常，心収縮期雑音が出現し血液培養で staphylococcus aureus 陽性が判明したため IE 疑いにて当科紹介となった。

入院時現症：体温39度，血圧100/70 mmHg，心拍数110/分，心収縮期雑音 Levine II/VI を聴取した。点状出血斑は認められなかった。

12誘導心電図：心拍数90/分の促進性房室接合部調律を認めた。

画像所見：胸部CT，心エコー上，疣贅の付着を大動脈弁から上行大動脈基部にかけて認めた (図1)。頭部CT，MRIにて右上小脳動脈領域の新鮮梗塞巣を認めた (図2)。

血液検査所見：白血球，CRPの上昇と肝胆道系酵素の上昇が見られた。FDPは軽度上昇し，Dダイマーは著明に増加をしていた (表1)。

入院経過：入院後からペニシリンG (PCG)



図1. 心エコー
大動脈弁から上行大動脈基部にかけ疣贅の付着を認め，バルサルバ洞に瘤状変化を認めた。

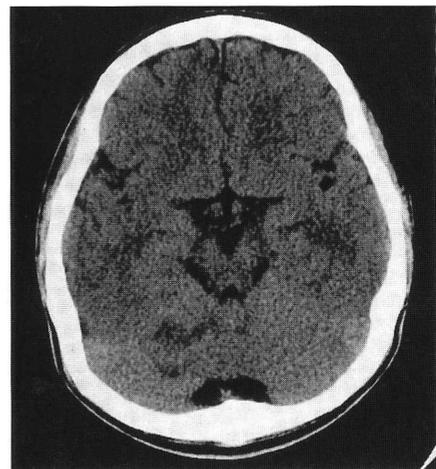
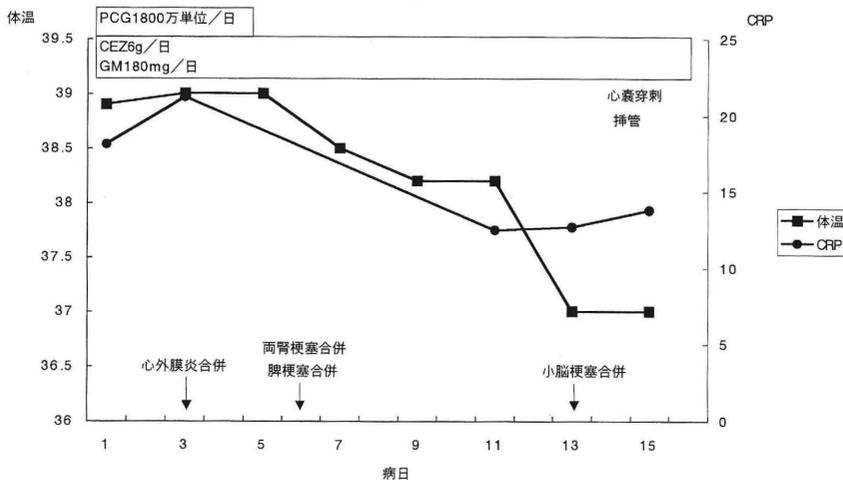


図2. 脳CT
右小脳半球前上部に低吸収域を認めた。

表 1. 入院時血液検査所見

生化学		末梢血	
GOT	276 IU/L	WBC	18,600 / μ L
GPT	362 IU/L	RBC	372 万 / μ L
ALP	326 IU/L	Hb	11.2 g/dL
LDH	1,070 IU/L	Ht	33 %
γ -GTP	224 IU/L	PLT	22.3 万 / μ L
T. B	0.8 mg/dL		
		凝固系	
TP	6.3 g/dL	PT	88 %
alb	3.2 g/dL	APTT	45.3 sec
γ -gl	1.18 g/dL	Fib	488 mg/dL
		FDP	14.1 μ g/mL
BUN	13 mg/dL	D ダイマー	5.57 μ g/mL
Cr	0.9 mg/dL		
Na	136 mEq/L	エンドトキシン	
K	3.4 mEq/L	陰性 (<10)	
Cl	98 mEq/L		
		血液培養	
尿一般		陰性	
糖	(-)		
蛋白	(+)	CRP	21.10 mg/dL
ウロビリノーゲン	(+)		
沈渣			
rbc	<5~9 /HPF		
wbc	<1~4 /HPF		

表 2.



の抗生剤投与及びグリセオール 200 mL×2 回/日の投与にて加療を開始した。肝機能の悪化が進行し、また抗生剤感受性試験にてペニシリン G 耐性菌と判明したためペニシリン G は中止した。ペニシリン G 抵抗性の staphylococcus aureus には Nafcillin, Oxacillin が推奨されているが、日本では現在入手困難であり他の 2 剤を継続した。第 5 病日の 12 誘導心電図で全誘導に ST の上昇を認め心外膜炎の合併が考えられた。第 6 病日に腹部激痛を訴えたため腹部造影 CT を施行したところ脾梗塞、両側腎梗塞の所見を認めた。第 11 病日には右半身麻痺、左上肢運動失調、構語障害が出現し、同日の脳 CT では左小脳半球に新規梗塞巣の所見を認めた。翌日頻呼吸状態、舌根沈下が認められたため人工呼吸管理となり、心嚢液大量貯留を認めたため心嚢穿刺を施行した。内科的治療の限界と判断し心臓外科に手術目的に転院した。転院後、準緊急にホモグラフトを用いた大動脈基部置換術が施行された。術後気道閉塞による気管切開の施行が行われたが、軽度の右片麻痺が後遺症

として残った程度で退院した。

考 察

IE は症状が非特異的であることが多く、原因不明の発熱、体重減少などがみられた場合には本疾患を考慮する必要がある。古典的には発熱、新規に出現した心雑音、血液培養陽性が 3 徴であるが、最新の診断基準は血液培養で菌を検出し心エコーで疣贅を検出することが重要とされている。

また、治療において IE は外科適応の判断が非常に難しい疾患である。炎症が沈静化してからの待機的手術が望ましいとされており、本例においても、強力な抗生剤投与を試みたが、塞栓症状の進展が急激であり結果的に準緊急的手術となった。手術に際しては心臓外科との緊密な連携が非常に重要である。

本症例のように脳血管危険因子の無い患者に、脳血管障害を認めた場合の鑑別診断に、IE を念頭に置くことは非常に重要と考えられた。