

trachomatisが滑膜組織において観察され、DNAやmRNAも検出され滑膜に生きた状態のChlamydiaが検出された。治療に対しては抗生剤の単剤投与が行われてきたが、持続感染になることが明らかとなった。2010年に抗生剤2剤併用投与（リファンピシン、ドキシサイクリン）が慢性期においても有効であることが証明された。

本症例は反応性関節炎の診断基準の2項目を満たした。尿道炎の症状は認めなかったがChlamydia trachomatis PCRが陽性、IgG抗体も強陽性であり、関節痛はChlamydia trachomatisによる反応性関節炎が考えられる。一方でChlamydia同様に関節性関節炎の原因菌として知られる溶連菌の感染を疑わせるASO上昇があり、溶連菌感染による反応性関節炎の可能性もある。

【参考文献】

小林茂人. 口腔・咽頭科2012; 25(1): 47-51.  
 Sieper J. Ann Rheum Dis 1996; 55: 564.  
 森田充浩. 関節外科 2012; 31: 133-135.  
 小林茂人. Modern Physician 2010; 30(12): 1525-1528.  
 小林茂人. 日本臨床免疫学会会誌 2011; 34(3): 121.  
 Carter JD. Arthritis Rheum 2010; 62: 1298-1307.

第20回

平成27年6月11日(木)

9F会議室A,B

参加者 35名

発熱・意識障害を来した15歳男性の1例

発表者 吉田 紀子（神経内科）

司会者 高見 史朗（総合内科）

【症 例】 15歳男性

【主 訴】 発熱、頭痛

【現病歴】 新高校1年生。来院1週間前に高校の寮に入寮。来院前日より40度近い発熱、下痢を認めた。発熱、頭痛が継続するため、当院救急外来を受診した。周囲に流行疾患はない。

【既往歴】 特記事項なし

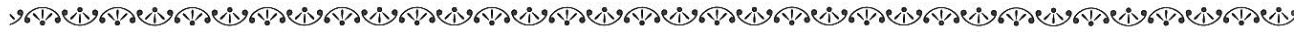
【現 症】 体温 39.2℃、心拍数 113回/分、血圧 91/46mmHg、SpO<sub>2</sub> 96%(RA)、意識清明 Jolt accentuation(+)、項部硬直(-)、Kernig 徴候 (-)

【検査所見】 白血球 13000/mm<sup>3</sup>(好中球 95.0%)、PLT 102×10<sup>3</sup>/mm<sup>3</sup>、CRP 14.5mg/dl、PCT 18.5ng/ml、TP 6.8g/dl、Alb. 3.8g/dl、血糖 119mg/dl、LDH 416IU/L、CK 793IU/L、AST 66IU/L、ALT 48IU/L、ALP 496IU/L、BUN 17mg/dl、Cre 1.15mg/dl、PT INR 1.21、APTT 41sec、Fib 386、FDP 23.7、D-dimer 12.2μg/dl

【髄液検査】 初圧 33cmH<sub>2</sub>O、終圧 24cmH<sub>2</sub>O、水様透明、細胞数 5/3(単核球1、多核球4、蛋白 21mg/dl、糖 67mg/dl)

【画像所見】 頭部単純CT 慢性副鼻腔炎あり  
 頭部単純MRI 脳梁膨大部にT2延長、軽度腫脹、拡散制限  
 FLAIR で両側の頭頂部や右前頭葉脳溝に高信号

【経 過】 来院4時間後に不穏となり、来院7時間後には全身性間代性痙攣を認めた。感染性髄膜炎やヘルペス脳炎などを疑い、CTRX,



AZM, MINO, Acyclovirの投与を開始した。入院2日目には項部硬直が著明になり、髄液検査を再検したところ、細胞数9168/3（単核球：1%，多核球：99%）、蛋白97mg/dl、糖49mg/dlだった。同日血液培養、髄液培養いずれからもグラム陰性桿菌を検出し、髄膜炎菌性髄膜炎と診断した。感受性を確認した上で入院3日目よりPCGを投与し、入院24日目に後遺症なく退院した。

【診断】髄膜炎菌性髄膜炎

【考察】髄膜炎菌性髄膜炎は、飛沫感染で、サハラ砂漠以南、メッカ、欧米の軍や学生寮の新人で流行が見られる。3-4日の潜伏期間の後に、突然の発熱、頭痛、食欲不振、嘔吐で発症する。3徴として、発熱、項部硬直、意識障害があげられるが、これらのすべてがそろるのは2/3程度である。

本症例では、初回髄液検査では異常を認めなかった。海外の文献では、小児病院の細菌性髄膜炎患者261例を解析したところ、7症例(2.7%)に初回髄液検査での異常所見は認めなかったとの報告がある。<sup>1)</sup> 国内の文献では、11例で初回髄液検査に異常所見を認めなかったとの報告がある。<sup>2), 3)</sup> 国内の報告例で髄膜炎菌が原因での報告はなく、本症例は貴重である。

髄膜炎菌性髄膜炎は飛沫感染であり、集団感染に至る場合があり、<sup>4)</sup> 今回も院内や登校先での接触者に予防投与が行われた。髄液や血液から髄膜炎菌が検出された場合は、感染症法に基づき保健所への届け出が必要である。

髄膜炎菌性髄膜炎は、難聴・神経学的障害・四肢壊死が後遺症として20%に、髄膜炎菌性敗血症の場合は死亡率が40%に至るなど、髄膜炎菌性髄膜炎は予後が悪い疾患であり、髄膜炎菌性髄膜炎のリスクがある患者で、初回髄液検査で異常を認めなかった場合でも、髄膜炎菌性髄膜炎の可能性を考え、抗生剤加療を積極的に行う必要がある。

【参考文献】

- 1) Polk, Brent, Steele et al : Bacterial meningitis presenting with normal cerebrospinal fluid, *Pediatric Infectious Disease J*, 6(18), 1040-1042, 1987
- 2) 西山敦史、豊嶋大作、中尻智史他：入院時髄液検査で異常を認めなかったB群溶連菌性髄膜炎の1乳児例、*小児科臨床*、65(10)、2211-2216、2012
- 3) 新島瞳、五十嵐浩、齋藤貴志他、初回髄液検査で細胞数増多を認めなかったインフルエンザ菌による細菌性髄膜炎の1例、*小児科臨床*、66(8)、1719-1724、2013
- 4) 齋藤昭彦：感染対策担当者が知っておきたい髄膜炎菌感染症、*インフェクションコントロール*、24(1)、1-1、2015

【頭部単純MRI画像】

