

# 検討会レポート

第21回

平成27年9月3日(木)

9F会議室A,B

参加者 39名

発熱、全身倦怠感、著明な血小板減少を認めた  
60代女性の1例

発表者 桂川 葉子(血液内科)

司会者 高見 史朗(総合内科)

【症 例】64歳女性

【主 嘘】微熱、全身倦怠感

【既往歴】

腎盂腎炎：2009年、当院内科で抗生素加療  
両変形性股関節症：当院整形外科で保存的治療

紅色隆起性皮疹（以前より四肢体幹に誘因なく出現し消褪することが時折ある。）

【アレルギー】食物・薬剤アレルギーなし

【薬 歴】常用薬なし

サプリメント：鉄剤、ブルーベリー

【家族歴】特記事項なし

【生活歴】独居 キーパーソン：娘2人

飲酒：なし 喫煙：never smoker

ペット飼育：なし

【現病歴】来院4日前より37℃台の微熱が持続し、最高37.9℃であった。また同時期から全身倦怠感が出現した。これらの症状が改善しないため、2015年6月某日、当院総合内科外来を受診した。

経過中に解熱薬の使用はなく、他の医療機関受診歴なし。先行感染の覚えはなく、周囲に同症状の者や感染症状のある者はなかった。なお最近接触のあった者は、娘と孫、その他買い物などの際に不特定多数。その中に明らかな感染徵候のある者なし。

【Review of Systems】

陽性：寒気 微熱 全身倦怠感 食思不振  
(摂取は可能) 皮疹 結膜充血 排尿時違和感

陰性：悪寒 嘔気 嘔吐 頭痛 胸痛 腹痛  
咽頭痛 嘔下時痛 関節痛 排尿時痛 下痢  
血便・黒色便

【来院時身体所見】

意識レベル：清明 BP 121/77 mmHg PR  
114/min, reg. RR 16/min. SpO<sub>2</sub> 98%  
(room air) BT 36.8°C

頭頸部：眼瞼結膜貧血なし、眼球結膜充血あり、眼球結膜黄染なし

口腔内発赤腫脹なし、白苔付着なし、粘膜疹なし

頸部リンパ節腫脹触知せず

胸部：呼吸音 明らかなwheeze, crackle聴取せず

心音 reg, reg. S1→ S2→ 雜音なし

腹部：平坦、軟、腸蠕動音減弱亢進なし  
自発痛・圧痛なし

背部：CVA叩打痛/- 脊柱叩打痛なし

四肢：末梢冷感湿潤なし 下腿浮腫なし

紅色の隆起性皮疹数個あり

【来院時検査所見】

WBC 5400/ $\mu$ l (Band 20.5% Seg 62.5%  
Eos 0% Baso 0% Lymph 5.0% Mono  
11.0% 異型Lymph 1.0%) RBC 4.70×10<sup>6</sup>/ $\mu$ l Hb 13.1g/dl Hct 38.4% PLT 0.5  
×10<sup>4</sup>/ $\mu$ l TP 7.8g/dl ALB 4.3g/dl LDH 360U/l AST 161U/l ALT 231U/l  
ALP 875U/l T-Bil 0.8mg/dl BUN 19mg/dl Cre 1.41mg/dl Na 139mEq/l K 3.8mEq/l Cl 100mEq/l Ca 9.4mg/dl IP 4.2mg/dl UA 4.0mg/dl CK 48IU/l BS 113mg/dl CRP 1.23mg/dl TSH 0.468 $\mu$ IU/ml FT4 1.28ng/dl FT3 3.96pg/ml IgG 1114mg/dl IgA 464mg/dl IgM 222mg/dl PT 11.6sec. INR 1.08 APTT 34sec.  
Fib 281mg/dl D-dimer 3.9  $\mu$ g/ml TP抗体陰性 HBs抗原・抗体陰性 HCV抗体陰性 PCT 0.27ng/ml sIL-2R 1474U/ml 尿蛋白定性2+ 尿中潜血定性- 亜硝酸塩- 尿白血球± RBC 1-4/HPF WBC 5-9/HPF



### 【Problem List】

- # 1. 微熱 # 2. 全身倦怠感 # 3. 血小板減少 # 4. 肝酵素上昇 # 5. 腎機能低下
- # 6. 腎盂腎炎の既往

#### 《鑑別診断》

1. ウィルス感染症
2. 細菌感染
3. ウィルス性肝炎
4. 薬剤性肝炎
5. 自己免疫性肝炎 (AIH)・原発性胆汁性肝硬変 (PBC)
6. 特発性血小板減少性紫斑病 (ITP)
7. 血栓性血小板減少性紫斑病 (TTP)
8. 骨髄異形成症候群

【入院後経過①】 Day 1：外来時血液検査で著明な血小板減少と肝酵素上昇を認め、血小板減少に関しては偽性血小板減少症の所見も認めたがなお低値であったため、精査加療目的に入院となつた。

Day 2：腹部造影CT撮像後、消化器内科コンサルトとしたが、明らかな原因特定に至らなかつた。また骨髄検査を施行した。その夜に38°Cの発熱とともに、顔面、両下腿を除く全身に紅色で隆起性の皮疹を認めた。しか

し粘膜疹は認めず他のバイタルサインは安定していたため、経過観察とした。

Day 3：前日の骨髄検査では、巨大前赤芽球を認め、赤芽球系の低形成によりM/E比は381.0まで上昇していた。また巨核球系にも異常細胞を認めた。肝酵素は低下してきたが、白血球減少と貧血が進行してきた。

Day 6：入院初日に提出していたウイルス抗体価や自己抗体のうち、ヒトパルボウイルスB19抗体IgM陽性であり、ヒトパルボウイルスB19感染症があるものと考えられた。

### 【診断】ヒトパルボウイルスB19感染症

【入院後経過②】皮疹に関しては、day 2 の夜をピークとして消退傾向になり、day 7 には完全に消退していた。

また熱型もday 2 の夜を最高として、改善傾向を認めた。なお入院後徐々に股関節中心の関節痛を訴えられるようになったが、これも自然軽快していった。肝酵素は正常化し、血球回復傾向にあることを確認し、day11に退院となつた。

### パルボウイルスB19感染症

疫学：5年周期で流行。年始-7月上旬に増加。

原因：ヒトパルボウイルスB19(正式には、エリスロウイルスB19)

感染経路：飛沫or接触感染 潜伏期：10-20日

症状：微熱、上気道炎症状((ウイルス血症))

→(7-10日後に)頬部に境界明瞭な紅色皮疹

→四肢に網目状、レース状、環状の皮疹

→主關節痛、頭痛

診断：酵素抗体法(ELISA)で特異的IgG抗体の上昇を確認

または 急性期に特異的IgM抗体を検出する

治療：基本的には対症療法。適応あればγグロブリン製剤

・骨髄像では赤芽球病(PRCA)となる。

その他、巨核球系にも異常をきたしたり、異形成を認めることがある。

・赤芽球および網赤血球の著減から急速に貧血がすすむ

“aplastic crisis”に注意が必要で、特に溶血性貧血をもつ例に多い。

### 成人のパルボウイルスB19感染症

・皮疹が非典型的で、浮腫、関節痛、筋肉痛などの全身症状が多彩であることが多い。

→ゆえに、診断に結びつきにくい。

しかし本来IgM測定は妊娠以外に保険適応がないので、

測定する症例は限られるべき。

ある報告では以下のように基準を定めている。

1.CRPが低値か陰性、WBC数上昇なし

2.短期間出現する粟粒大の皮疹(顔面は稀)

3.上下肢の関節痛や筋肉痛(必ずしも対称性でない)

4.四肢とくに指先、足首、足底の浮腫

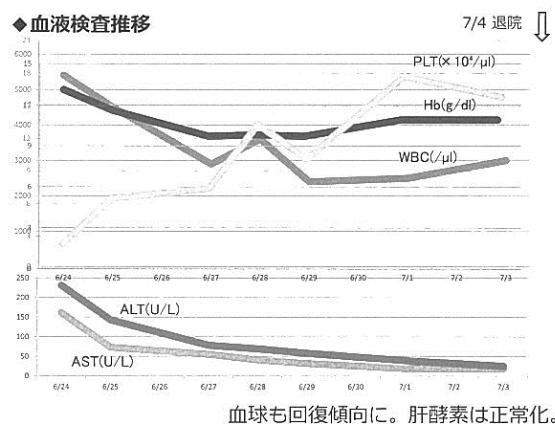
5.患児(子、孫)との接觸

6.倦怠感、頭痛、発熱など感冒様症状

7.補体正常か低値、自己抗体陽性

の7項目中、1を必須項目とし、残り6項目のうち3項目以上を満たす例では抗ヒトパルボウイルスB19抗体を測定すべきである。

(永井 洋子 他 感染症学雑誌 第83巻 第1号 H21.1.20)



## 検討会レポート

【考 察】ヒトパルボウイルスB19感染症は、伝染性紅斑、いわゆる「りんご病」の原因ウイルスとして知られる。症状は微熱や上気道炎症状からはじまり、頬部から四肢へ紅色の皮疹が拡がり、関節痛や頭痛を来たしうる。診断は特異的 IgG の上昇を確認することや急性期の IgM 検出で行われ、基本的には対症療法である。骨髄では、赤芽球、網赤血球の減少がみられ、赤芽球病の状態となる。またその他に巨核球系にも異常を認めることがある。特に溶血性貧血患者では、急激に貧血が進行する“aplastic crisis”に注意が必要である。「りんご病」のイメージの通り、ヒトパルボウイルス感染症は5歳以下の幼少児が多いが、成人でもみられる。ただし皮疹が非典型的で、浮腫、関節痛、筋肉痛などの全身症状が多彩であることから診断に結びつきにくい。

ある報告<sup>2)</sup>では『1. CRPが低値か陰性、WBC数上昇なし 2. 短期間出現する粟粒大の皮疹(顔面は稀) 3. 上下肢の関節痛や筋肉痛(必ずしも対称性でない) 4. 四肢とくに指先、足首、足底の浮腫 5. 患児(子、孫)との接触 6. 倦怠感、頭痛、発熱など感冒様症状 7. 補体正常か低値または自己抗体陽性 の7項目中、1を必須項目とし、残り6項目のうち3項目以上を満たす例では抗ヒトパルボウイルスB19抗体を測定すべきである。』と定めているが、本症例は1を含む4項目に該当し、ヒトパルボウイルス抗体価を測定する意義があったことがわかる。

なお、血小板減少の際に否定すべき疾患として、特発性血小板減少性紫斑病(ITP)があり、小児に多い急性型ではウイルス感染が契機となるが、本症例では後に示すが末梢血像に異常があったこと、貧血と白血球減少があつたこと、またヒトパルボウイルス感染による二次性として矛盾がなかったことから、診断には至らなかつた。しかし血小板減少をみた時には、点状出血や紫斑、出血傾向がないかとともに、ITPの可能性を考えなければなら

ない。本症例では骨髄検査で巨大前赤芽球のほか、巨核球系の異形成、破骨細胞が認められ、末梢血中にも、偽 Pelger 核異常や、リンパ球と思われるが分類困難な細胞、巨大血小板といった異常を認めていた。このため悪性疾患否定目的に外来で骨髄検査の再検を行い異形成の消失を確認した。

【結 語】血液検査で血小板減少を認めた場合、まずは出血傾向がないか、また偽性血小板減少を否定すべく塗沫標本をチェックすべきである。また本症例のように self-limited な疾患を疑った場合でも、悪性疾患の否定と、治療が必要な疾患の否定を行うことが重要である。

### 【参考】

- 1) 国立感染症研究所  
感染症情報センターHP
- 2) 永井 洋子 他 平成21年1月20日  
感染症学雑誌第83巻第1号