

事例報告書

【糖尿病患者の S. milleri group による尿路感染症の 1 例】

提出 No. _____

大分類	B) 症候・病態のマネジメント	中分類	3 腎・泌尿器系の症候、病態
主たる病院総合診療医像	3. 地域包括ケアの要としてコミュニティとつながる病院診療を実現することができる		
患者 ID : XXXXXXXXX	患者年齢 : 60 歳	性別 : 女性	病院名 : XXXXXXXXX 病院
受持期間 : 20XX 年 XX 月 XX 日 ~ 20XX 年 XX 月 XX 日			

転帰 : 治癒 軽快 転科(手術 有・無) 不変 死亡(剖検 有・無)

フォローアップ : 外来で 他医へ依頼 転院

確定診断名 (主病名および副病名)

○①尿路感染症, 敗血症

②糖尿病性腎症

【主訴】意識障害

【現病歴】約 10 年前から糖尿病性腎症のため近医で維持透析を行っていた。2012 年 11 月から 2013 年 2 月 7 日まで介護人である娘の出産のために、近医に入院していた。2 月 11 日起床時に 40°C の発熱, 意識障害を認めたため当院救急外来へ救急搬送された。

【既往歴】糖尿病, 糖尿病性腎症(維持透析導入), 脳梗塞

【内服薬】チクロピジン 200mg/日, アロプリノール 100mg/日, ゴピクロン 7.5mg

【生活社会歴】全介助で車椅子に移乗, 食事は自立していたが, 前医入院中より寝たきり状態

【主な入院時現症】意識レベル E1V1M1, 血圧 155/48mmHg, 脈拍 87 回/分, 体温 39.7°C, SpO₂ 98%(リザーバーマスク 10L), 呼吸数 28 回/分, 項部硬直なし。眼瞼結膜に点状出血はなく, 眼球結膜に黄染はない。呼吸音は清で左右差なし, 心雑音なし。両下腿や仙骨部を中心とした全身に圧痕を残す浮腫を認めた。四肢および関節に発赤や腫脹は認めない。

【主要な検査所見】尿所見 : 蛋白(3+), 糖(1+), 潜血(3+), ケトン体(1+), 白血球(3+), 亜硝酸塩(1+)。血液所見 : WBC 7000 / μ l, Hb 6.8 g/dl, MCV 87.8 fl, Plt 19.1 万/ μ l, PT-INR 1.09。血液生化学所見 : TP 5.8g/dl, Alb 2.5g/dl, Na 141mEq/l, K 3.4 mEq/l, Cl 103 mEq/l, BUN 34mg/dl, Cre 6.5mg/dl, T-Bil 0.3 mg/dl, AST 17 U/l, ALT 11 U/l, ALP 378U/l, Fe 28 μ g/dl, フェリチン 261.8ng/ml, 血糖 314mg/dl, HbA1c(NGSP) 4.6%。血清免疫学所見 : CRP 6.78mg/dl。髄液所見 : 細胞数 1/視野, 蛋白 131mg/dl, 糖 197mg/dl。胸部 X 線 : 胸水を認める。その他異常所見はなし。腹部エコー : 胆嚢の腫大はなく, 胆嚢壁肥厚もなかった。両側腎臓は萎縮していた。心エコー : 明らかな疣贅は認めなかった。尿グラム染色 : 白血球(+), グラム陽性球菌(+), グラム陰性桿菌(+), 血液培養 : 3 セット陰性

プロブレムリスト

#1. 尿路感染症, 敗血症

#2. 慢性腎不全(糖尿病性腎症)

#3. 正球性貧血

【入院後経過と考察】

#1.

受診時に意識障害 (E1V1M1) を認め、意識障害の原因として重症敗血症、髄膜炎の可能性が疑われた。髄膜炎に対するエンピリックな治療でセフトリアキソン 2g/日を開始したが、髄液所見に異常は認めず、尿検査で感染所見を認めたことから尿路感染症による重症敗血症が原因と考えられた。尿グラム染色ではグラム陽性球菌とグラム陰性桿菌が確認された。長期入院歴があることから緑膿菌カバーのためピペラシリン・ラズバクタム (以下 TAZ/PIPC) 2.25g/日の投与を開始した。第4病日に尿培養検査で streptococcus constellatus が検出された。streptococcus constellatus は streptococcus milleri group (以下 S. milleri group) に属し、他の連鎖球菌に比べて膿瘍を形成しやすいと報告されているため (佐々木 宏和. 感染症誌 1991;65:1009-13), 第5病日でも解熱を得られなかったことから、腹部造影 CT を施行したが、画像上は明らかな膿瘍は認めなかった。新規の熱源検索を行ったが、明らかな感染源は認めなかった。尿グラム染色上は菌量も減少しており、改善傾向にあると判断し、TAZ/PIPC での治療を継続した。第7病日になり解熱が得られた。第10病日より streptococcus constellatus に感受性のあるアモキシシリン 250mg/日の経口投与に切り替え、第14病日に治療を終了した。その後も症状の再燃は認めなかった。同居していた娘も出産直後のため、第30病日にリハビリ継続目的に転院した。

#2.

入院後は泌尿器科で dry weight 50Kg として週3回の維持透析を継続した。

#3.

慢性腎不全があることから腎性貧血、感染徴候およびフェリチン高値から二次性貧血の可能性が考えられた。全身性浮腫や胸部 X 線での胸水貯留など心不全徴候を伴うことから、Hb 値 10~11g/dl を目標に照射濃厚赤血球 2 単位の輸血を第2病日に施行した。また、栄養障害も腎性貧血の要因となり得ることから、経管栄養を第2病日より開始した。

【退院時処方】 アムロジピン 10mg/日、バファリン A 81mg/日

【総合考察 (病院総合診療専門医の具体的な医師像を含む)】

糖尿病患者の S. milleri group による尿路感染症の 1 例を経験した。S. milleri group は viridans streptococci の一つであり、他の常在性 streptococci に比べると病原性が高い。S. milleri group は口腔内、上気道、消化管、皮膚、泌尿生殖器の常在菌であり、尿路感染症を引き起こす可能性は決して高くはない (草野展周. 臨床微生物学雑誌 1996;6:77-82)。しかし、本症例では前医入院後から ADL が低下し、寝たきり状態となったことが尿路感染症を引き起こす一因となったと考えられた。寝たきりでは感染症のリスクも同時に上がることから、入院中の積極的なリハビリで廃用症候群を防止することが重要だと考えられた。また、S. milleri group は嫌気性菌との混合感染も多く、膿瘍を形成しやすいという特徴から、S. milleri group による感染症では約 50~70% でドレナージが行われている (J Infect Dis 1991;23:659-66)。S. milleri group 感染症では全体として致死に至る可能性は低いものの、敗血症に至った場合にはその致死率は高く 30% 台との報告 (Clin Inf Dis 19:704-713, 1994) もあることから、極めて危険である。本例では尿路感染症としては解熱までに得られる時間を要したことから、膿瘍形成も考えられ造影 CT を施行したが、膿瘍は認めなかった。発症早期から嫌気性菌をカバーし、かつ S. milleri group に感受性のある TAZ/PIPC での治療を行っていたため、重症化を防ぎ得たと考えられた。また、地域包括ケアシステムによる患者サポートを行うために、リハビリテーションが実施可能な医療機関との調整を行うことで、コミュニティとつながる病院診療を実現することができた。

記載者：現病院名	XXXXXXXXXX 病院	氏名	XXXXX
教育責任者：病院名	XXXXXXXXXX 病院	氏名	XXXXX