

感染臓器のはっきりしない発熱

本康医院 本康宗信 静岡薬剤耐性菌制御チーム

COVID-19の感染拡大により、診療所へも感染症が疑われる方からの問い合わせが増えています。体温を測定することが日常的になっている現在、“熱が出た”という主訴も少なくありません。発熱が最初にあっても、後で咳嗽、鼻汁、咽頭痛、消化器症状などが出現して何らかの診断がつくことが多いと思います。そのため発熱＝抗菌薬といった考えは現在、ほとんどありませんが、不安感や重症感がある場合は少しでも早く広域抗菌薬で治療を開始したいと思うことは、あるかもしれません。発熱のみで来院される場合には、細菌感染症の局在化がされていない初期の敗血症を考慮しておく必要があります。感染性心内膜炎、急性腎盂腎炎、急性前立腺炎、急性胆管炎、肝膿瘍、高齢者の肺炎などでは、感染臓器は初期に特定できないことが多く、鑑別として念頭に置いておきます¹⁾。また今年に限っては、まれとなりますが、輸入感染症、インフルエンザも発熱のみで来院される感染症に挙げられます。細菌感染症を疑い、起病菌を推定し、抗菌薬を使用することは合理的です。ただ起病菌の同定のための検査、特に抗菌薬投与前の培養検査を忘れてはならない場合があります。感染臓器が判明しない場合には、血液培養が診断の助けとなる場合があります。

症例 1 70代 男性

5年前、大動脈弁狭窄症のため大動脈弁置換術(生体弁)、僧帽弁輪形成術
夜間、悪寒戦慄を伴う発熱あり、病院に救急搬送、到着時は症状なく、LVFXを5日分投与され帰宅。その後、発熱なく、3週後、微熱、食欲不振にてかかりつけ医受診、心雑音変化なく、下腿に網状紅斑あり、血液培養2セットからグラム陽性連鎖球菌が検出され、入院

症例 2 60代 男性

5か月前、大動脈弁狭窄症、心筋梗塞にて大動脈弁置換術(生体弁)、冠動脈バイパス術
山中で工作中、悪寒、戦慄、嘔吐あり、かかりつけ医受診、心雑音の変化はなく、意識レベルが低下しており救急搬送され入院。血液培養2セットからMRSA検出。

細菌感染症は、特定の臓器に症候が現れるという特徴がありますが、例外の一つに感染性心内膜炎があります。弁尖の破壊、疣贅による閉鎖不全があれば、心雑音が出現、あるいは音質の変化がありますが、初診ではその変化がわかりません。また疣贅の塞栓によってみられる出血斑の出現は5~10%程度と頻度は多くありません。特に急性期では、随伴症状に乏しいことが多く、亜急性に経過する場合には、軽微な

症状のため受診機会が遅くなる場合もあります。また人工機械弁では、心音、心雑音の変化がわかりにくいことがあります。人工弁が入っている場合、細菌感染がおこると長期に抗菌薬を使用することが多く、場合によっては弁置換が必要になります。また菌種により抗菌薬の選択が異なるため、菌同定と薬剤感受性検査がとても重要になります。経口であっても抗菌薬投与により、血液培養が陰性となることがあり、その後の抗菌薬選択に支障をきたします。人工弁だけでなく、人工関節やペースメーカーなど人工物が入っている方が発熱のみで来院される時には、菌血症を考慮し、抗菌薬投与前には血液培養施行を考慮します。原因不明の発熱に漠然と抗菌薬を使用するよりも血液培養を採取するほうが、はるかに大切と言えます²⁾。

人工弁の感染性心内膜炎は、術後 1 年以内で 1~4%に見られます。置換弁の部位や生体、機械弁にかかわらず、リスクがあります。手術時期により、起因菌に差があります。手術から 1 年以上たった場合には、自然弁と同様に連鎖球菌が主で、2 か月以内の場合にはコアグラゼ陰性ブドウ球菌、黄色ブドウ球菌が主になります³⁾。黄色ブドウ球菌が血液培養で検出された場合には、その時点で疣贅が明らかでなくても感染性心内膜炎として治療を開始します。黄色ブドウ球菌を起因菌とする感染性心内膜炎では時に急性変化をするので注意が必要です。新規の伝導障害の出現、心不全の急速な増悪などが認められた場合には、病院への早期の紹介が必要です。

感染性心内膜炎は、頻度の多い疾患ではありませんが、診断が遅れると重篤化する可能性があります。初期には発熱のみで随伴症状に乏しいのが、一つの特徴で血液培養が診断の鍵となります。感染性心内膜炎は持続性の菌血症をきたしますので、必ずしも発熱時にのみ血液培養をしなければならないということはありません⁴⁾。人工弁や人工関節のような人工物が入っている方は、循環器科や整形外科だけで診療されるわけではないので、各担当科で既往を確認し、局在の明らかでない発熱では、抗菌薬投与前に血液培養をとることを忘れないようにしましょう。血液培養のセットを常置していない場合もあると思います。亜急性の経過であれば、取り寄せてから採血してもいいですし、他所見から、菌血症が疑われる場合には、抗菌薬を投与する前に病院へご紹介していただくのがよいと思います。

1) 山本舜吾 編著:かぜ診療マニュアル第 3 版 日本医事新報社 2019

2) 青木 眞:レジデントのための感染症診療マニュアル 第 4 版 2020

3) Schlossberg D: Endocarditis of natural and prosthetic valves: treatment and prophylaxis Clinical Infectious Disease 2nd edition CAMBRIDGE 2015

4) 感染性心内膜炎の予防と治療に関するガイドライン(2017 年改訂版)

https://www.j-circ.or.jp/old/guideline/pdf/JCS2017_nakatani_h.pdf