

フルオロキノロン耐性、莢膜多糖体非合成髄膜炎菌による脾臓摘出後重症感染症の一例

◎飯島 紅祐¹⁾、山田 久美子¹⁾、稲村 昌輝¹⁾、山崎 敦子¹⁾、田中 久美子¹⁾、和田 恭直¹⁾、井垣 歩¹⁾、小柴 賢洋²⁾
 兵庫医科大学病院¹⁾、兵庫医科大学臨床検査医学講座²⁾

[はじめに] 脾臓は免疫応答の場となる臓器であり、摘出者では重篤な感染症を引き起こすといわれている。脾臓摘出後重症感染症 (overwhelming postsplenectomy infection) (以下 OPSI) は肺炎球菌 (*Streptococcus pneumoniae*)、インフルエンザ桿菌 (*Haemophilus influenzae*)、髄膜炎菌 (*Neisseria meningitidis*) など莢膜保有菌によるものが多く、重篤な敗血症を引き起こす。今回、莢膜多糖体非合成 *N. meningitidis* による OPSI を経験したので報告する。[症例] 60 代女性。主訴：発熱。現病歴：39.6℃の発熱、2 日目に呂律困難に気づき同日に転倒して左足関節を負傷。翌日に他院を受診し MRI にて急性期脳梗塞を認め、当院へ救急搬送された。入院時身体所見：体温 37.9℃、心拍数 129 bpm、血圧 125/71 mmHg。明らかな四肢麻痺はなく、項部硬直も認めず。既往歴：交通外傷にて脾臓摘出、心房細動。血液検査所見：白血球数 405×10²/μl、CRP 32.12 mg/dl と高値を示し、DIC の所見を認め、DIC による血栓形成により脳梗塞を生じたと考えられた。細菌学的検査：血液培養 2 セットのうち、好気ボトル 2 本よりグラム染色にてグラ

ム陰性球菌を認め、チョコレート寒天培地、血液寒天培地、サイアーマーチン寒天培地にて炭酸ガス培養を行った。翌日、MALDI バイオタイパー (Bruker) および apiNH (シスメックスバイオメリュー) にて *N. meningitidis* と同定され、さらに感受性結果よりフルオロキノロン耐性株と判明した。*N. meningitidis* に対してはセフトリアキソン投与からペニシリン G に変更され、入院後 14 日目に軽快退院した。接触者に対しての予防投与は、検出菌株がフルオロキノロン耐性であったためリファンピシンが用いられた。また PCR による血清群同定法において血清群: Non-typable (莢膜多糖体非合成株) と判定された。[まとめ] OPSI は肺炎球菌とインフルエンザ桿菌によるものが圧倒的に多く、本症例では臨床側も髄膜炎菌感染を積極的に疑っていなかった。しかし *N. meningitidis* も髄膜炎の重要な起因菌のひとつで致死率も高い。PCR や質量分析などを利用し、検査室からの迅速な同定、感受性結果を報告することが、患者の予後の改善および二次感染の予防に有用である。(兵庫医科大学病院臨床検査技術部 微生物検査室 内線: 6323)