

P-222

壊死性筋膜炎8例の検討

前橋赤十字病院 形成外科¹⁾、前橋赤十字病院 集中治療科・救急科²⁾○林 稔¹⁾、村松 英之¹⁾、中野 実²⁾、佐藤 雅秀¹⁾、
中村 光伸²⁾、宮崎 大²⁾、町田 浩志²⁾、鈴木 裕之²⁾、
藤塚 健次²⁾、兩宮 優²⁾、小倉 崇以²⁾、原澤 朋史²⁾

はじめに：壊死性筋膜炎は短時間に敗血症性ショック、多臓器不全から死に至る可能性がある重症感染疾患であり、救命には早期かつ適切な治療が要求される。抗菌薬加療はもちろんのこと、何よりも早期の徹底的なデブリードメントが最重要である。当院では、冬季の短期間に複数名の壊死性筋膜炎を経験した。形成外科をはじめとして、集中治療科・救急科、整形外科、耳鼻科、皮膚科などと緊密に連携した治療を行い、多くの患者を救命することが出来た。それらの症例を供覧し当院での治療内容について若干の文献的考察を加えて報告する。

症例：症例は8例（男性3例、女性5例）、年齢は52～80歳（平均68.75歳）、部位は腹部から陰部・両下肢が3例、腹部が1例、片側下肢が2例、片側上肢が1例、顔面頸部が1例であった。既往歴では糖尿病を4例に認め、内服薬剤では抗凝固薬を3例、ステロイドを2例で内服していた。

結果：転帰は1例で死亡となったが、7例で救命することが出来た。手術は1～6回（平均3回）で、初回手術は受診から24時間以内に7例で施行されていた。

考察：壊死性筋膜炎は感染の主座が皮下脂肪織、筋膜または筋肉内にあり、視診では軽症にみえるため非常に診断に苦しむ場合が多い。早期手術が最も効果的であるが、躊躇し悪化する場合もある。当院で壊死性筋膜炎が疑われる患者は、主に臨床診断や血液データなどとともにLRINEC scoreで集中治療科・救急科が診断と初期治療を行い、形成外科が主に初回デブリードメント手術や再建を担当している。部位によっては他科と連携して治療を行うが、徹底的な軟部組織のデブリードメントと、その後の再建は形成外科医が最も適していると考えられる。

P-223

Vibrio vulnificusによる壊死性筋膜炎の1例

徳島赤十字病院 初期研修医¹⁾、徳島赤十字病院 皮膚科²⁾、徳島赤十字病院 検査部³⁾、徳島赤十字病院 病理部⁴⁾○平井 崇士¹⁾、谷口 千尋²⁾、町田 未央²⁾、浦野 芳夫²⁾、
山下 理子³⁾、藤井 義幸⁴⁾

*Vibrio vulnificus*は肝障害、糖尿病などの基礎疾患を有する人に感染し、急速に進行する重篤な皮膚軟部組織感染症である壊死性筋膜炎の原因となる。今回、*Vibrio vulnificus*による壊死性筋膜炎の1例を病理解剖所見とともに報告する。

症例は60代、男性。7月、両下肢の疼痛が出現し前医へ救急搬送された。ASOの診断で治療が行われたが、疼痛が増強。血圧も低下したため翌日当院へ転院。既往歴はアルコール性肝障害、飲酒歴は焼酎4合～1升/日、職業は漁師。発症2～3日前に鰯を食べていた。意識は清明だが、血圧61/43mmHg、脈拍107/分とショックバイタルであった。体温は36.4度。両下腿は暗紅色調を呈し、右足底と左足関節内側には紫斑と水疱があり、圧痛が著明であった。膝窩動脈は触知可能。血液検査ではCKの著明な上昇があり、DICと多臓器不全の所見を認めた。下肢のCTでは皮下組織と筋膜炎の炎症性変化が見られた。ガス像はなかった。水疱内容液のグラム染色でグラム陰性桿菌を認め壊死性筋膜炎と診断した。後日、培養で桿菌は*Vibrio vulnificus*と同定された。抗菌剤投与に加えてショック、DICに対する治療を行ったが、入院3日目に死亡し病理解剖を行った。病変部の皮膚は著明な浮腫と血栓形成、壊死がみられ、皮下組織にはギムザ染色陽性の多数の球状の病原体が存在したが炎症性変化は乏しかった。壊死した筋組織には病原体は少数みられた。肝臓は慢性アルコール性肝炎の所見を認め、中等度の鉄沈着が見られた。以上は*Vibrio vulnificus*感染症による壊死性筋膜炎に矛盾しない所見であった。その他の臓器は極めて早期の多臓器不全の像を示した。死因は壊死性筋膜炎による多臓器不全と推定された。

P-224

サルコイドーシスと内臓悪性腫瘍を合併した皮膚筋炎の一例

富山赤十字病院 皮膚科¹⁾、富山赤十字病院 内科²⁾、富山赤十字病院 外科³⁾、金沢大学⁴⁾○東 晃¹⁾、石田 清¹⁾、十河 香奈¹⁾、岩佐 桂一²⁾、
竹原 朗³⁾、芝原 一繁³⁾、加治 賢三⁴⁾、竹原 和彦⁴⁾

初診の1年前に結腸癌切除。経過観察のCTにて肺門・縦隔リンパ節腫脹を指摘され、サルコイドーシスが疑われ当科へ紹介された。初診の4ヶ月前から日光暴露により顔面の紅斑と全身倦怠感が出現している。顔面に紅斑とヘリオトロープ疹、体幹四肢では浮腫性紅斑があり、右上腕と右大腿の把握痛、左虹彩炎を認めた。採血上、ACE上昇を認め、腫瘍マーカー陰性。主な抗核抗体陰性であったが、抗p140/155抗体は陽性であった。MRIにてSTIR画像で淡い高信号域を認めた。皮膚生検では液状変性、右上腕三頭筋の筋生検では非乾酪性類上皮肉芽腫を認めた。心エコーに異常なく、画像検索で結腸癌の再発は認めていない。以上より、肺・筋・眼病変をもつサルコイドーシスと内臓悪性腫瘍を合併した皮膚筋炎と診断した。サルコイドーシスは経過観察、皮疹はステロイド外用にて改善している。

P-225

原爆被爆60年後頃より基底細胞癌の多発をみとめる1例

日本赤十字社長崎原爆病院 皮膚科¹⁾、院長²⁾、病理³⁾、長崎大学大学院医歯薬学総合研究科原研病理⁴⁾○鳥山 史¹⁾、岡崎志帆子¹⁾、朝長万左男²⁾、重松 和人³⁾、
中島 正洋⁴⁾

【はじめに】原爆被爆後67年経過した現在なおその医学的影響が論議されつつある。最近では近距離被爆者に重複癌発生リスクが高い傾向にある。皮膚科領域では1975年以降近距離被爆者での皮膚癌発生率が高くなり、ことに基底細胞癌(BCC)の増加が指摘された。1988年以降では非被爆者と被爆者との間に有意差はないとの報告も見られる。一方約10年前から被爆者のBCC多発例の報告が散見されつつあり、その1例を報告する。

【症例】84歳女性。既往歴：18歳時、爆心地から1.1kmの長崎市で被爆（近距離被爆）。現病歴：78歳；左下眼瞼縁中央に4×2.5mm大黒色小腫瘍にて初診、79歳；左側胸部に黒色小丘疹の散在からなる8×5mm大の皮疹、81歳；頭頂部に13×9mm大の黒色小丘疹の集簇からなる扁平腫瘍、82歳；前回よりやや後方頭頂部に13×15mm大の色素沈着のない淡紅色浸潤性局面、83歳；右頸部の径4mm大黒色腫瘍など5か所を切除し、全てBCCであった。基底細胞母斑症候群、色素性乾皮症などの臨床症状は見られず、砒素摂取歴なく、被爆との関連を疑った。近距離被爆者では現在も正常皮膚でのDNA損傷応答が亢進し、ゲノム不安定性が発癌に関与している可能性が指摘されている。これはゲノム不安定性のマーカーとして、p53 binding protein 1(53BP1)の核内フォーカス形成を蛍光顕微鏡下に観察し、異常な型の発現がみられたことに基づく。自験例でも腫瘍部周囲の正常皮膚細胞では53BP1の異常発現が認められたが、コントロールの非被爆者ではみられなかった。今後もBCCの出現が続くことも懸念され、慎重に経過をみてゆく予定である。