

隠岐島前地区にて発症したツツガムシ病の1例

よこ た かず ひさ たけ だ かず き まつ した たかし
 横 田 和 久 竹 田 和 希 松 下 隆
 しら いし ゆう こ しら いし よし ひこ
 白 石 裕 子 白 石 吉 彦

キーワード：ツツガムシ病，隠岐島前地区

要 旨

症例は62歳男性。当院受診の9日前から発熱を認め、レボフロキサシンにて治療されたが解熱しないため、当院入院となった。入院後、右大腿に痲痺を認め、リケッチア症としてミノサイクリンにて治療し、治癒を得た。痲痺のPCRにてKarp型によるツツガムシ病と確定診断を得た。隠岐島前地区にもツツガムシ病は存在し、今後も注意する必要があると考えられた。

はじめに

ツツガムシ病はかつて東北～北信越地方の風土病とされ、恐れられていた疾患であるが、近年、島根県を含む日本全国で報告されている。今回、我々は隠岐島前地区にて発症したツツガムシ病を経験したため報告する。

症 例

症例：62歳男性
 主訴：発熱
 既往歴：特になし
 職業：渡船業
 海外渡航歴：なし

ペット：猫

現病歴：当院受診の9日前から38度台の発熱を認めた。発熱以外に明らかな症状は認めなかったが、7日前に近医にて上気道炎として感冒薬が処方された。その後も発熱は持続したため、5日前にも近医を再受診し、体幹部に紅斑を認め、レボフロキサシン 400 mg/日を投与された。その後も解熱せず、精査加療目的にて当院紹介入院となった。現症：身長 160 cm，体重 55 kg，血圧 123/66 mmHg，脈拍 92/分，体温 39.2℃，呼吸数 16/分。結膜に黄疸や貧血なし。頸部・腋窩・大腿リンパ節の腫脹を認めず。肺にラ音を聴取せず。心音は整で雑音を認めず。腹部は平坦かつ軟であり、圧痛も認めなかった。体幹部・四肢には紅斑を認めた。手掌には認めなかった。

入院時検査所見（表1）：末梢血では白血球が10300/ μ lと上昇を認め、わずかに異型リンパ球

表1 入院時検査所見

血算		生化学	
WBC	10300 / μ l	TP	6.34 g/dl
Neutro	70.3 %	Alb	3.54 g/dl
Lymph	22.3 %	T-Bil	0.58 mg/dl
Mono	7.3 %	AST	51 IU/l
Eo	0 %	ALT	25 IU/l
Baso	0.1 %	LDH	386 IU/l
Atyp-lymph	ごく僅かに認める	BUN	13.8 mg/dl
RBC	391×10^4 / μ l	Cr	0.74 mg/dl
Hb	11.7 g/dl	Na	136.4 mEq/l
Hct	33.8 %	K	4.34 mEq/l
Plt	28.9×10^4 / μ l	Cl	101.7 mEq/l
		CRP	4.89 mg/dl

も確認された。血小板は 28.9×10^4 / μ l と正常範囲内であった。生化学検査では、AST は 51 U/l と軽度の上昇を認めた。免疫学的検査では、CRP が 4.89 mg/dl と上昇を認めた。

入院後経過：入院当初は明らかな熱源は不明であったが、感染性疾患を最も考慮し、セフトリアキソン 2 g/日を投与した。しかし、入院3日経過しても解熱を得ることはできなかった。入院3日目に右大腿内側に小指頭大の痲癩を認めた。このため、リケッチア症を最も考慮し、抗菌薬をセフトリアキソンからミノサイクリン 400 mg/日の内服へ変更した。ミノサイクリンの内服を開始した翌日より解熱した。その後、全身状態も軽快し、紅斑も徐々に消失したため、7日間のミノサイクリン内服の後、退院となった。

患者の痲癩を島根県保健環境科学研究所に提出し、PCRにて *Orientia tsutsugamushi* 遺伝子を検出し、ダイレクトシーケンス法にて Karp 型と確認された。

考 察

ツツガムシ病は、ツツガムシにより媒介される *Orientia tsutsugamushi*¹⁾ によるリケッチア疾患である。ツツガムシ病は一般に、刺し口、発熱、発疹が主要症状とされており、小川ら²⁾は、ツツ

ガムシ病と診断された416人を対象とした調査で、刺し口は86.5%、発熱は97.7%、発疹は92.3%で認め、これら3症候のすべてを認めた患者は76.3%と報告している。本症例においても同様にこれらの3つの症状を認め、臨床的にツツガムシ病と診断し、治療を開始した。ツツガムシ病は、診断が遅れた場合、髄膜脳炎や播種性血管内凝固症候群、急性呼吸窮迫症候群など生じ、予後不良な状態に陥ることが知られている²⁻⁴⁾。したがって、これらの3つの症候を認めた場合は確定診断を待たずに、直ちにツツガムシ病を考慮に入れた治療を行う必要がある。

診断は、血液でのPCRや抗体検査などが有用とされている。また、痲癩のPCRは血液のPCRよりも感度が高く、痲癩の場合は治療開始後でも陽性となるとの報告もあり⁵⁾、痲癩のPCRは、確定診断として最も有用なものとしてされている⁶⁾。

治療は、ミノサイクリンやドキシサイクリンが有効とされ、ツツガムシ病では適切な抗菌薬が開始された場合、48時間以内に半数以上の症例で解熱が得られるとの報告がある⁷⁾。

本症例ではミノサイクリン投与後24時間以内に解熱しており、典型的かつ合併症もなく非常に良好な経過を辿った症例であると考えられた。

日本において、ツツガムシ病以外のリケッチア

疾患としては、日本紅斑熱があげられる。島根県では、島根半島（特に島根半島西部）での日本紅斑熱の発症がよく知られている。これに対し、ツツガムシ病は、島根県内での報告は年数例と少なく⁸⁾、島根県保健環境科学研究所によると、隠岐島前地区では、1999年から2011年の間で、本例を含め2件のみの届け出であった。こうした発症頻度の低さから、本症例では、当初、ツツガムシ病を主な鑑別としては考慮されておらず、発熱からミノサイクリン投与まで12日を要した。ツツガムシ病における発熱～適切な治療開始日数について、ARDSを合併した群では、ARDSその他の合併症を生じなかった群に比べ有意に治療開始日数が長かった（平均8日）との報告もある⁴⁾。幸いにして本症例の経過は良好であったが、診断に12日という日数を要したことは事実であり、反省すべ

き点である。熱源のはっきりしない発熱患者を診察した場合に、流行地域ではない隠岐地区であっても、ツツガムシ病を鑑別として常に考慮し、迅速な診断をすることが必要であると考えられた。

結 語

- 1) 隠岐島前地区におけるツツガムシ病を経験した。
- 2) 不明熱患者を診た場合、非流行地域であってもツツガムシ病の可能性をきちんと考慮する必要がある。

謝 辞

ツツガムシ病の診断にあたり、痲疲のPCRを施行いただいた島根県保健環境科学研究所の田原研司先生（現・隠岐保健所）に深謝いたします。

参 考 文 献

- 1) Tamura A et al, Classification of *Rickettsia tsutsugamushi* in a new genus. *Orientia* gen. nov., as *Orientia tsutsugamushi* comb. nov. *Int J Syst Bacteriol* 45: 589-591, 1995.
- 2) 小川基彦他, わが国のツツガムシ病の発生状況 - 臨床所見 - . *感染症誌* 75 : 359-364, 2001.
- 3) Silpapojakul K et al, Rickettsial meningitis and encephalitis. *Arch Intern Med* 151: 1753-1757, 1991.
- 4) Wang C et al, Acute respiratory distress syndrome in scrub typhus. *Am J Trop Med Hyg* 76: 1148-1152, 2007.
- 5) Kim DM et al, Clinical usefulness of Escherichia coli polymerase chain reaction for the diagnosis of scrub typhus: a prospective study. *Clin Infect Dis* 43: 1296-1300, 2006.
- 6) Koh GCKW et al, Diagnosis of scrub typhus. *Am J Trop Med Hyg* 82:368-370, 2010.
- 7) Phimda K et al, Doxycycline versus azithromycin for treatment of leptospirosis and scrub typhus. *Antimicrob agents chemother* 51: 3259-3263, 2007.
- 8) 島根県感染症情報センター, つつがむし病 <http://www.1.pref.shimane.lg.jp/contents/kansen/dis/zensu/418.htm>