

# 皮膚の細菌感染症

総合病院土浦協同病院  
皮膚科 科長

盛山 吉弘

県南皮膚疾患研究会は、プライマリケアを担当する医師を主な対象として、日常診療で出会うことのある皮膚疾患について、各回テーマを決めて開催しています。第1回・皮膚癌、第2回・創傷治療に続いて、第3回は「皮膚の細菌感染症」です。また、特別講演として、東京医科大学茨城医療センター・感染症科の大石毅先生に、「市中に広がる耐性菌」の話をさせていただきました。

## 1 皮膚疾患を起こす主な細菌

黄色ブドウ球菌(黄ブ菌)とβ溶血性連鎖球菌(溶連菌)が、合わせて9割以上を占める。溶連菌はすべてペニシリン感受性があるが、黄ブ菌はご存知の通り薬剤耐性菌が多く、特にCA-MRSA(community acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*)が問題となっている。

## 2 伝染性膿痂疹(とびひ)

黄ブ菌の産生する表皮剥離毒素により、表皮細胞間接着構造物の構成蛋白のひとつであるデスマグレイン1が切断されるために起こる。典型的には、夏期に湿疹や虫刺症を契機として、主に手指を介して病変が“飛び火”する小児の疾患である。

治療については、例えばステロイド外用剤を使用するか否かといった事項など、皮膚科専門医でも意見がわかれている。抗生剤の使用についても、内服するか外用するかなど、処方医の考え方によって異なる。ただし、少なくとも細菌が関与する疾患ではあるので、薬剤感受性の情報は重要である。当院での統計を表に示す。まず注目すべきは、20%強がCA-MRSAということである。本邦では、白血球崩壊毒素であるPVLを保有する菌株は少ないが、米国などではCA-MRSAは重症感染症を引き起こす菌株として脅威となっている。また、全国的に頻繁に処方されるゲンタマイシン含有軟膏に対しては70-80%が耐性であり、処方の意義について考える必要がある。

## 3 丹毒・蜂窩織炎

本邦の一般的な教科書には、以下のように記載されている。「丹毒は、顔面を好発部位として、真皮を炎症の主座とするため境界明瞭な発赤を呈し、起因菌は主に溶連菌である。蜂窩織炎は、下肢を好発部位として、脂肪織を炎症の主座とするため境界不明瞭な発赤を呈し、起因菌は主に黄ブ菌である。」この記載は正しいのだろうか？

米国を中心として、前述の強毒性CA-MRSA

の存在があり、丹毒・蜂窩織炎の初期治療に抗MRSA剤を使用するか否かという問題がクローズアップされている。ここ10-20年で、起因菌についての再評価が盛んに行われている。血液培養、創部培養、抗体検査など、いずれか1つの検査ですべての症例の起因菌を確認することは不可能であるが、総合的に検討され、今までの記載と異なり、下肢の蜂窩織炎の75-90%は溶連菌と推測されている<sup>1)</sup>。丹毒については、溶連菌が主体であるという従来からの記載には異論がない。さらに、丹毒・蜂窩織炎の鑑別(区別)は、境界が明瞭か不明瞭かといった主観的な要素が介入するため、現在では世界的に、丹毒・蜂窩織炎は区別されない傾向にある。

本邦では、丹毒・蜂窩織炎の治療を行う診療科が集約されていないこともあり、まとまった統計はほとんどない。当院の2011-2013年に入院加療を行った丹毒・蜂窩織炎86例のデータを紹介する<sup>2)</sup>。41例で血液培養を採取し、10例が陽性で、その全例が溶連菌であった。また、86例中、合併症で死亡した1例を除く85例は軽快退院となったが、抗MRSA剤を必要とした症例は1例もなかった。外来で加療する場合も、現時点ではペニシリン系あるいは第1世代セフェムで十分といえよう。

ここで、1つ注意事項がある。以上の検討は、細菌の侵入門戸が明らかでなく、局所培養の困難な丹毒・蜂窩織炎に限定した話であり、切開・排膿を必要とする皮下膿瘍や、皮膚潰瘍の2次感染などは、創部培養を必要に応じて提出し、個別に対応する必要があることに注意されたい。

## 4 壊死性軟部組織感染症

丹毒・蜂窩織炎は、あまり苦勞することなく治療させることのできる疾患であるが、これらと鑑別すべき重要な疾患に壊死性軟部組織感染症がある。代表的病態である壊死性筋膜炎は、本来の筋膜と脂肪織の間の結合組織が疎な層(浅筋膜)で、時間単位で急速に感染が拡大していく致死的な疾患である。穿通枝の閉塞等により、その上の皮膚が壊死していく。診断の遅れは、致死率の上昇に直結する。壊死性筋膜炎を引き起こす細菌の代表は溶連菌である。溶連菌は前項の丹毒・蜂窩織炎や小児の咽頭炎など、日常診療でよく関わる細菌であるが、これらと壊死性筋膜炎をひき起こす菌株で、根本的に何が違うのかは解明されていない。ヒト-ヒト間で感染することは基本的にないため、宿主側の要素も関与しているとされるが、免疫不全者に限らず発症する疾患であり、宿主側の要素もいまだ解明されていない。

臨床的に壊死性筋膜炎を疑う所見としては、①臨床所見に合致しない激痛②握雪感③水疱性病変④出血斑などがあげられている。また、炎症を起こしている部位が、脂肪織よりもさらに深いために、初期には発赤が非常に淡いことが特徴の1つである。最終的には試験切開を行い、筋膜上の壊死が確認できれば確定診断となる。

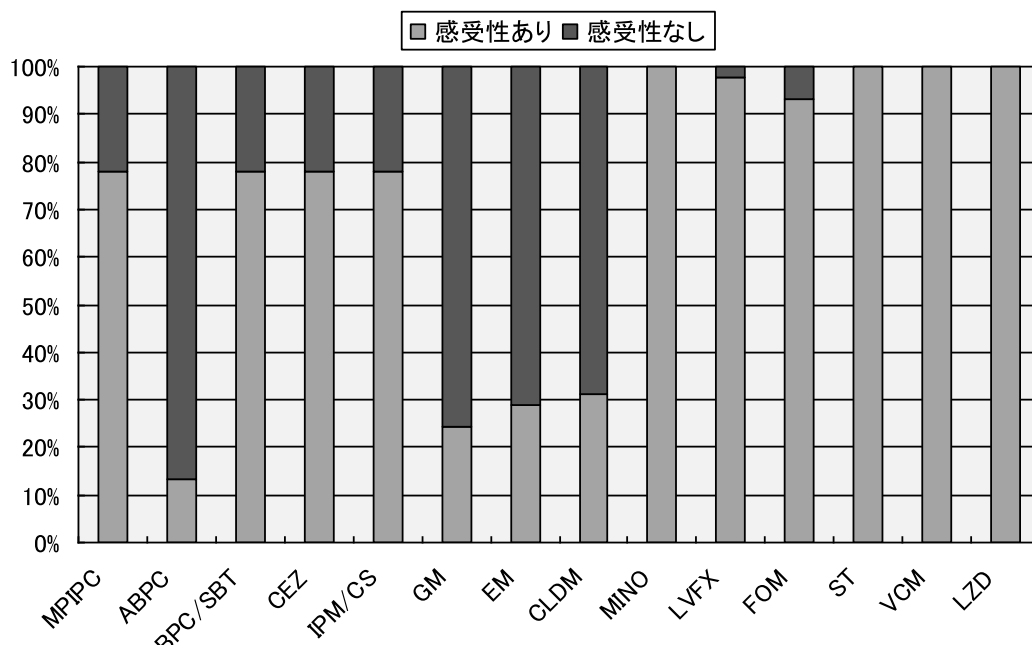
採血所見で、壊死性筋膜炎をスクリーニングする試みもなされているが、ごく早期にはデータに反映されないことも当然あるので注意が必要である。当科でも白血球数正常、CRP2mg/dl未満で、すでに壊死性筋膜炎であった症例の経験がある。臨床的に疑ったら、しかるべき病院へ紹介することが肝要である。

複数の症例を経験することが診断能力の向上につながるが、common diseaseではないので出会う機会は一般に多くない。ご興味のある方は参考文献をご一読願いたい<sup>3)</sup>。

### 文献

- 1) Hirschmann JV, et al : J Am Acad Dermatol 67:163-74, 2012
- 2) 盛山吉弘ら：臨床皮膚科 69 (2)、2015
- 3) 盛山吉弘：増刊レジデントノート、16 (11) : 153-160、2014

伝染性膿痂疹で検出された黄色ブドウ球菌の薬剤感染症



伝染性膿痂疹で検出された黄色ブドウ球菌の薬剤感受性 (土浦協同病院皮膚科、2013-2014、n=45)