

の後頭～項部に毛包炎が次々と多発し、次第にその部位の浸潤が強くなり、結合組織が増殖してケロイド局面を形成するようになる（図 24.11）。重症例では膿瘍の形成や膿汁分泌をみることがある。治療は抗生物質投与のほか、形成外科的処置を要する場合がある。

③殿部慢性膿皮症 (pyodermia chronica glutealis) ★

中年男子に多い。腰殿部や外陰部、大腿部にかけて痤瘡様の膿疱や丘疹を生じ、しだいに融合して大きな浸潤局面を形成する。皮下で交通する瘻孔を伴う複雑な膿瘍を形成し、圧迫により排膿する（図 24.12）。背景に化膿性汗腺炎や集簇性痤瘡が存在することが多い。治療は抗生物質の全身投与、切開排膿、切除と植皮など。



図 24.12 殿部慢性膿皮症 (pyodermia chronica glutealis)
膿疱や丘疹、瘻孔、膿瘍を伴う大きな浸潤局面が前面まで拡大している。

C. 全身性感染症 systemic infection

1. ブドウ球菌性熱傷様皮膚症候群 staphylococcal scalded skin syndrome ; SSSS ★★

同義語：ブドウ球菌性中毒性表皮壊死症 (staphylococcal toxic epidermal necrolysis ; S-TEN)

Essence

- 黄色ブドウ球菌の表皮剥脱性毒素による。
- 乳幼児に好発。発熱とともに口囲や眼囲の発赤から始まり、次第に有痛性の表皮剥脱、びらん、水疱を形成。
- Nikolsky 現象陽性。
- 治療は全身管理と抗生物質投与。

症状

6歳までの乳幼児に多いが、きわめてまれに成人でも発症する。軽度の全身症状（38℃前後の発熱、不機嫌、食欲不振など）を伴って、まず口囲や鼻入口、眼囲での発赤や水疱で始まり、口囲のしわ裂、眼脂、痂皮を形成して独特の顔貌を呈する。ついで頸部、腋窩、鼠径部に紅斑が出現し次第に全身の皮膚が熱傷様に剥離、びらんとなる（図 24.13）。健常様部位でも摩擦すると表皮は容易に剥離し（Nikolsky 現象陽性）、自発痛や擦過痛がある。一般に粘膜は侵されず、有髪頭部では剥離することは少ない。抗生物質の全身投与により皮疹は急速に落屑し、治癒に向かう。全経過は1～2週（図 24.14）。水疱内容に菌は検出されない。

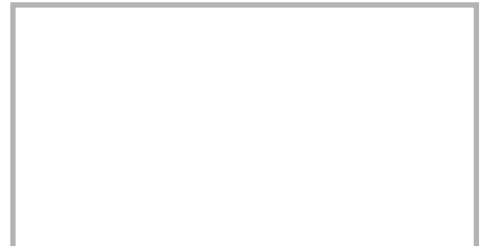
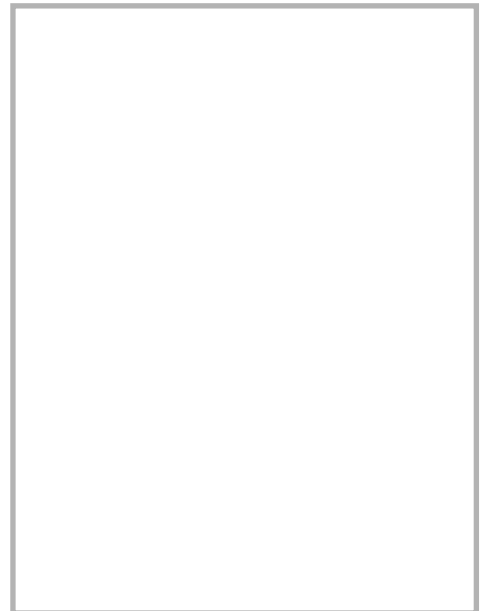
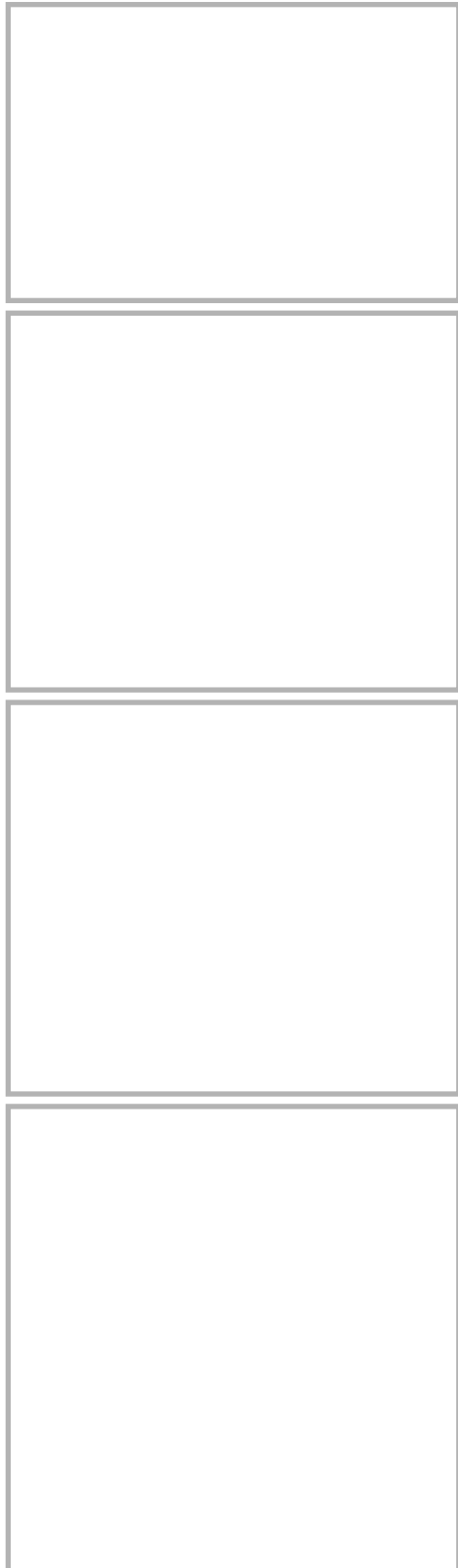


図 24.13 ① ブドウ球菌性熱傷様皮膚症候群 (staphylococcal scalded skin syndrome)
口囲のしわ裂、眼脂、痂皮を形成した独特の顔貌。



病因

鼻咽頭，結膜，外耳，臍などが感染部位となり，そこで増殖した黄色ブドウ球菌の産生する表皮剥脱性毒素（exfoliative toxin；ET）による．ETが血流を通じて全身皮膚に到達すると，デスモソーム構成蛋白であるデスモグレイン1を切断し，表皮上層で落葉状天疱瘡と類似した棘融解と浅い水疱を生じる．

病理所見

角質下～顆粒層での裂隙形成や棘融解，多核白血球の浸潤などを認める．

診断

特徴的な顔貌，熱傷様の全身性表皮剥離と著明な Nikolsky 現象，口腔粘膜に病変を認めないなどで確定診断する．

鑑別診断

中毒性表皮壊死症（TEN）では薬剤によることが多く，病理組織学的に表皮全層の壊死を認め，強い粘膜侵襲をみる．乳幼児にはまれである．広範囲に多発した水疱性膿痂疹は SSSS の特異的顔貌がみられず，Nikolsky 現象は陰性である．

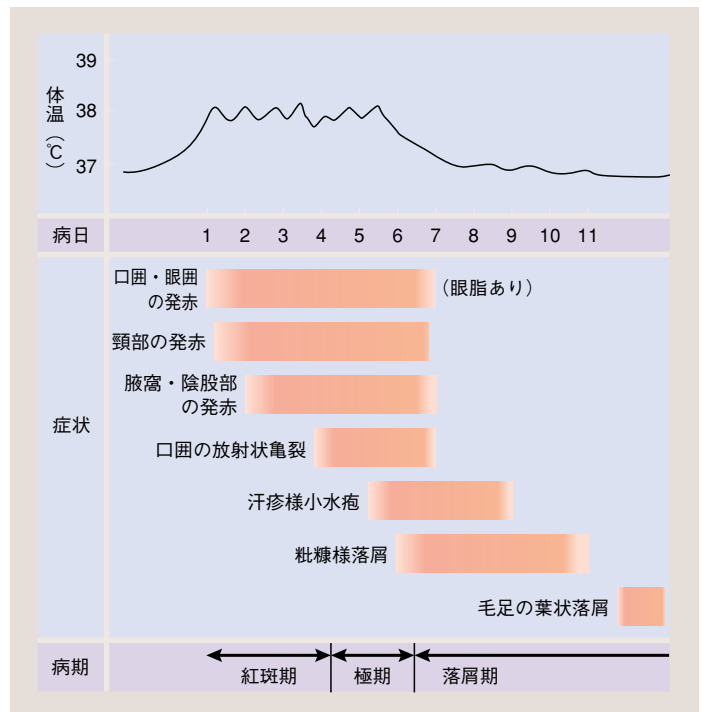


図 24.13 ② ブドウ球菌性熱傷様皮膚症候群

図 24.14 ブドウ球菌性熱傷様皮膚症候群（SSSS）の臨床経過

治療

入院加療を必要とし、輸液などの全身管理とともに、黄色ブドウ球菌に有効な抗生物質の点滴を行う。局所に対しては消毒、抗生物質軟膏やワセリン軟膏外用。一般的に予後良好であるが、新生児や免疫能の低下した成人の SSSS では重症となり敗血症や肺炎などを伴いやすい。

2. トキシックショック症候群

toxic shock syndrome ; TSS ★

同義語：ブドウ球菌毒素性ショック症候群 (staphylococcal toxic shock syndrome ; STSS)

黄色ブドウ球菌 *S. aureus* の感染増殖によって産生される、外毒素のトキシックショック症候群毒素 (TSS toxin-1 ; TSST-1) などが原因。タンポンを使用する女性や熱傷受傷患者に発症することがある。突発的発熱、血圧低下、猩紅熱様紅斑、多臓器障害が四大特徴の全身性中毒性疾患である。具体的には全身にびまん性紅斑、悪寒、戦慄、頭痛、関節痛などを伴い、全身倦怠感、嘔吐、下痢を起こす。治療は抗菌薬 (主に β ラクタム薬) の大量投与と免疫グロブリン製剤を併用する。

3. 溶連菌感染症 (猩紅熱)

streptococcal infection (scarlet fever) ★

Essence

- 溶血性レンサ球菌感染症の一例。
- 咽頭痛と高熱で初発し、舌の発赤 (いちご舌) と全身に出現する密な紅斑が特徴。
- 皮疹は口の周囲を避ける (口囲蒼白)。
- ASO 上昇が診断に重要。治療はペニシリン投与。

症状

学童に好発し、潜伏期間は2～3日とされる。突然の発熱と咽頭痛で発症し、まもなくいちご舌 (strawberry tongue) が出現する。初期には白苔を伴うことが多く白色いちご舌とも呼ばれるが、1～2日経過すると白苔が取れ、典型的ないちご舌がみられる。発疹は、発症して1～2日後に出る。頸、腋窩、大腿内側に鮮紅色、斑状の丘疹を認め、全身に拡大する。皮疹は痒痒や灼熱感を伴うことがある。顔面ではびまん性の紅潮をきたすが、口囲や鼻翼周囲では発疹を認めない〔口囲蒼白 (peri-

図 24.13 ③ ブドウ球菌性熱傷様皮膚症候群

全身の皮膚が熱傷様に剥離、びらんとなっている。Nikolsky 現象陽性。

Toxic shock-like syndrome ; MEMO

同義語：劇症型溶血性レンサ球菌感染症 (severe invasive streptococcal infection)。レンサ球菌の産生する外毒素 (streptococcal pyogenic exotoxin ; SPE など) による。いわゆる“人食いバクテリア”と呼ばれるものである。四肢の腫脹や疼痛、発熱が生じ、急激に進行して壊死性筋膜炎 (後述)、多臓器不全、ショック状態に至る。

スーパー抗原

MEMO

一般的に抗原提示細胞とT細胞との間の免疫応答では、特定の抗原を仲介してなされる。しかし、抗原特異性に関係なく、さまざまなT細胞の活性化を惹起する分子が存在することが近年判明し、スーパー抗原と呼ばれている。TSST-1やSPE-Cはスーパー抗原に属し、これによりT細胞が異常に活性化され、全身性の強い炎症反応をきたす。

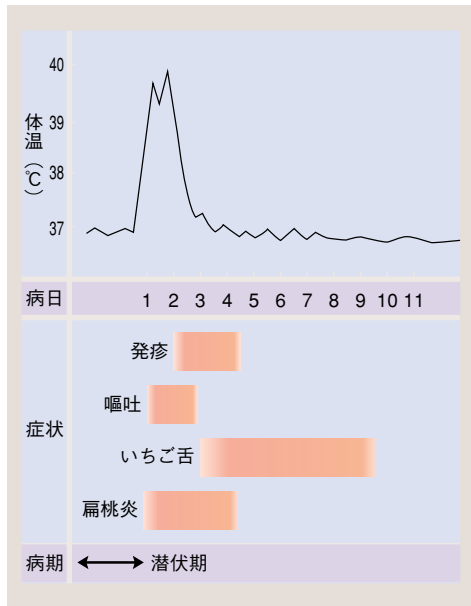


図 24.15 溶連菌感染症（猩紅熱）の臨床経過

oral pallor)〕。関節窩など皮膚の皺の深い部位では、皺に沿って紅潮が著明となる傾向があり、線状出血をきたすこともある (Pastia 徴候)。そのほか、軟口蓋の出血斑、全身リンパ節腫脹などを認める。第3～4病日で解熱し、それに伴って皮疹も消退しはじめる。特徴的な膜様落屑をきたし、色素沈着などを残さず治癒する。本症の典型的な臨床経過を図 24.15 に示す。

病因

A 群 β 溶血性レンサ球菌 *Streptococcus pyogenes* が口蓋扁桃や皮膚に感染し、その産生する外毒素によって全身に発疹を生じる。

合併症

A 群溶血性レンサ球菌の感染後合併症である急性糸球体腎炎やリウマチ熱に注意。

検査所見

レンサ球菌感染を反映して、ASO や ASK 上昇、白血球増加、核左方移動などを認める。咽頭などの感染巣から菌を検出する。迅速診断キットも利用できる (特異度は高いが感度がやや劣る)。

鑑別診断

風疹や川崎病、薬疹などとの鑑別が必要である (図 23.23 参照)。

治療・予後

ペニシリン G の内服が第一選択であり、2～3 日で皮疹は消失するが、投薬を早期に中止すると咽頭の溶連菌が再増殖し、腎炎やリウマチ熱などの合併症を起こすことがあるので、最低 2 週間内服を行う。また、その後も定期的な尿検査などが必要である。

4. 壊死性筋膜炎 necrotizing fasciitis ★

Essence

- 皮下組織および浅層筋膜の急性細菌性炎症 (図 24.3 参照)。中高年の四肢や陰部に好発。
- 激痛を伴う発赤腫脹や潰瘍と発熱などの全身症状。
- 早期の抗生物質大量投与と外科的デブリドマン。多臓器不全で死亡する場合もある。