

図 24.18 Osler 結節 (Osler's node)
手指の有痛性紅斑。

にペニシリン G やセフェム系抗菌薬を大量投与する。創部を開放性に処置することで、嫌気性菌の繁殖を妨げる。Clostridium 性ガス壊疽では高圧酸素療法も有効である。ショックや腎不全、DIC に対する全身管理を行い、重症例では四肢切断も必要。

6. 敗血症 sepsis ★

膿瘍や蜂窩織炎、丹毒などの限局性皮膚感染症が増悪して、原因菌が局所にとどまらず、血行性に散布された場合に生じる。菌塊による血栓形成や、各種サイトカインを介する免疫反応によって敗血症性血管炎を引き起こし、紅斑や紫斑、血疱、膿疱などの敗血疹 (septicemide) を形成する。

7. Osler 結節 オスラー Osler's node

主に亜急性感染性心内膜炎 (subacute infective endocarditis) に併発する、指趾掌蹼に生じる紅斑や紅色丘疹 (図 24.18)。疼痛が先行し、数日で褐色斑となって消退する。母指球部や小指球部に生じた無痛性の淡紅色斑を ジェインウェイ Janeway 病変 (Janeway lesion) という。どちらも敗血疹の一種であり、黄色ブドウ球菌によることが多い。感染性心内膜炎の約 15% の症例に出現するといわれ、診断の手がかりとなる。

D. その他の特殊な細菌感染症 other bacterial infections

1. 黄菌毛 trichomycosis palmellina

類義語：trichomycosis axillaris, trichomycosis pubis

青年に好発する。腋毛あるいは陰毛に、黄褐色～白色のコロイド状菌塊が固着し、あたかも毛が黄色く膨化したようにみえる。自覚症状はないが、ときに多汗や悪臭を伴う。主に Corynebacterium tenuis の感染による。Wood 灯で黄、白、青などの蛍光発色をみる。治療は清潔と消毒、剃毛および抗菌薬外用 (クリンダマイシンゲルなど) を行う。

2. 紅色陰癬 こうしよくいんせん (エリトラスマ) erythrasma

症状・病因

グラム陽性桿菌 Corynebacterium minutissimum の角層への感

染による。陰股部や腋窩、第4趾間などの間擦および湿潤部位に好発する。境界明瞭な紅色～紅褐色斑で、表面に薄く細かい鱗屑を付着する。趾間では黄色調の厚い鱗屑を生じる。丘疹や水疱を形成せず、中心治癒傾向をもたない（**白癬**などとの鑑別点となる）。自覚症状はないが、まれに瘙痒感や灼熱感を伴う。

診断・検査

Wood 灯照射により、病変部の一部あるいは全体が紅色〔サンゴ色 (coral red)] に光る。これは菌が産生するコプロポルフィリンⅢによる。セロテープで剥がした鱗屑をグラム染色して検鏡すると、グラム陽性の短桿菌が観察される。趾間に生じたものについては、**足白癬**の合併が多いため、KOH 直接検鏡法も行う。

治療

イミダゾール系抗真菌薬外用、エリスロマイシン内服など。

3. 猫ひっかき病

cat-scratch disease, cat-scratch fever ★

グラム陰性桿菌 *Bartonella henselae* 感染症で、若年者に好発する。ネコに咬まれる、舐められる、引っかかる、あるいはノミによる媒介で感染する。数日～2週間の潜伏期を経て、感染部位に直径3～5mmの紅色丘疹や小水疱が出現し、さらに1～3週間には所属リンパ節が有痛性に腫脹し、ときに膿瘍化する。発熱や頭痛などの全身症状を伴う場合がある。通常は数週～数か月で自然治癒する。遷延する場合はセフェム系やテトラサイクリン系、マクロライド系などの抗菌薬を内服する。

4. 放線菌症 actinomycosis

症状・分類

病変部位によって、頸部・顔面放線菌症、胸部放線菌症、腹部放線菌症の3型に分類されるが、齧歯などを契機に発症し皮膚病変を伴う頸部・顔面放線菌症が約半数を占める。残り2型は内臓に病変を有するもので、瘻孔を形成して皮膚に到達しない限り皮膚科で扱われることはない。

ヒトの口腔、扁桃窩、歯垢に常在するグラム陽性桿菌の放線菌（主に *Actinomyces israelii*）が、軽微な外傷などから侵入して皮膚病変を形成する。発赤や腫脹、硬結で始まり、暗赤色の皮下結節となる（**図 24.19**）。ところどころ軟化し、膿瘍や瘻

Pasteurella multocida
感染症

MEMO 

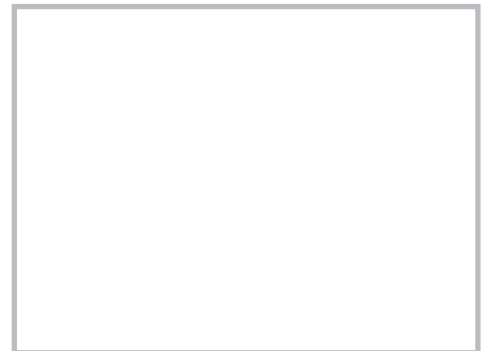


図 24.19 放線菌症 (actinomycosis)
下口唇の小結節。切除部から放射菌が確認された。

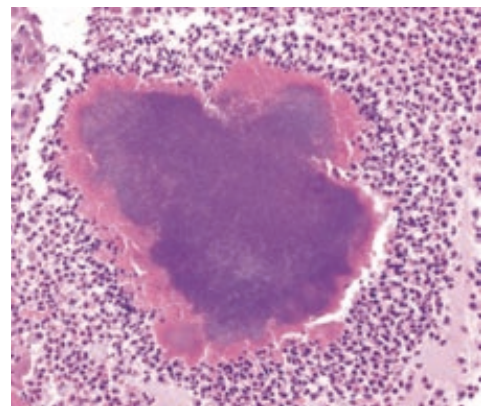


図 24.20 放線菌症の病理組織像
微小膿瘍内に認められた菌塊〔顆粒 (granule, Drüse)].

孔が形成され、長期間にわたって膿汁を排泄する慢性化膿性肉芽腫性病変を生じる。発熱や疼痛は軽微であることが多く自覚症状に乏しいが、咀嚼筋に病変が及ぶと開口障害が生じる。

病理所見

膿瘍と線維化を伴う炎症性肉芽腫性病変をみる。特異的な所見として、膿瘍内に菌塊〔顆粒 (granule, Drüse)〕を認める (図 24.20)。

鑑別疾患・治療

ノカルジア症、外歯瘻や炎症性類表皮嚢腫などを鑑別する必要がある。治療はペニシリンなどの抗菌薬内服。

5. 外歯瘻 external dental fistula

齲歯、歯槽骨炎、顎嚢胞感染などが進行した結果、直上付近の皮膚に瘻孔を形成し、膿汁を外部に排出している状態である (図 24.21)。歯科的根治療法を要する。類表皮嚢腫などの皮下腫瘍、放線菌症などと誤診されることがある。頬部や下顎の繰り返す発赤や排膿をみたら、本症を疑い X 線検査 (オルソパントモグラフィー) などの画像診断を施行する。

6. ノカルジア症 nocardiosis ★

症状

主に *Nocardia asteroides* などが原因菌となる。皮膚病変は形態から 3 つに大別される。足に皮下硬結を形成するノカルジア菌腫、膿疱や皮下膿瘍を形成する限局性皮膚ノカルジア症、そしてリンパ管に沿って病変が拡大する皮膚リンパ型ノカルジア症である。また、肺ノカルジア症から血行性に菌が散布され、全身に紅色結節などを形成することもある。いずれも AIDS などの免疫不全者に日和見感染として生じる。菌腫 (mycetoma) については 25 章 p.517 を参照。

検査所見・診断・治療

膿汁中の顆粒を採取し、Sabouraud サブロー ブドウ糖寒天培地などで培養する。あるいは、皮膚生検により菌を証明する。骨 X 線撮影にて骨病変を評価する。ST 合剤、ミノサイクリン、ペニシリンなどのうち、最も感受性の高い薬剤を選択して投与する。治療は数か月続ける。薬剤がすべて無効である場合や病変が骨まで達している場合には外科的切除を行う。

図 24.21 外歯瘻 (external dental fistula)
下顎部に生じた瘻孔。齲歯から歯根炎を起こし皮膚に瘻孔を起こしている。