

## 症例報告

## Streptococcus anginosus group(SAG)が同定された肝胆道系感染の2例

Two cases of hepatobiliary infectious disease associated with Streptococcus anginosus group (SAG)

武田 智宏<sup>1)</sup>, 鈴木 康秋<sup>2)</sup>, 村上 雄紀<sup>2)</sup>Tomohiro Takeda<sup>1)</sup>, Yasuaki Suzuki<sup>2)</sup>, Yuuki Murakami<sup>2)</sup>久野木 健仁<sup>2)</sup>, 芹川 真哉<sup>2)</sup>, 杉山 祥晃<sup>2)</sup>Takehito Kunogi<sup>2)</sup>, Shinya Serikawa<sup>2)</sup>, Yoshiaki Sugiyama<sup>2)</sup>

Key Words : Streptococcus anginosus group (SAG), 肝膿瘍, 胆嚢炎

## はじめに

肝胆道系感染症である肝膿瘍および胆嚢炎は、Escherichia coliやKlebsiella pneumoniaeなどのグラム陰性桿菌が起炎菌であることが多い。今回我々は起炎菌としては稀であるStreptococcus anginosus group (SAG)による肝膿瘍および胆嚢炎の2例を経験したので報告する。

## 症例 1

患者：80歳代 女性

主訴：発熱，全身倦怠感

現病歴：4日前から全身倦怠感が著明で，歩行困難となり当院救急外来を受診した。血液検査で肝障害を指摘され当科紹介となった。

既往歴：高血圧症，糖尿病で近医通院中

来院時現症：血圧114/76，脈拍125，

体温39.6℃。結膜に貧血・黄疸を認めない。胸部は異常所見を認めない。腹部は肝臓を1横指触知する。

来院時検査所見：白血球22400/mm<sup>3</sup>と高値で，PT%の低下，FDPの上昇を認めた。また肝胆道系酵素の上昇を認め，CRPも29.0mg/dlと高値であった。

画像所見：腹部造影CTでは，肝外側区に径92mmの内部隔壁を有する不整形で辺縁が造影されるlow density mass，肝S8に径25mm，S5に径22mmの辺縁がやや淡く造影されるlow density massを認め，多発肝膿瘍と診断した（図1）。



図1 入院時腹部造影CT(肝臓)

また，左上腹部に腫瘤を認めたが，肝膿瘍や胃との連続性はなく，上部空腸に接しており，壁外性空腸GISTを疑った（図2）。

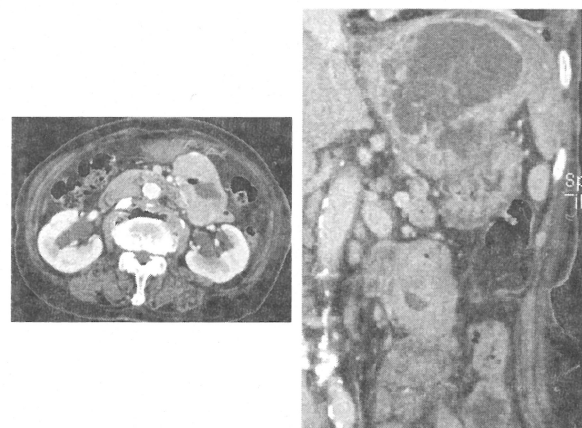


図2 入院時腹部造影CT(左上腹部)

臨床経過：第1病日にPTADを施行した。第9病日には液状化領域の縮小（図3）を認め，第23病日にPTADチューブを抜去し（図4），第33病日に退院となった。膿汁培養にてStreptococcus anginosus

1) 名寄市立総合病院 研修医  
Resident, Nayoro City General Hospital

2) 名寄市立総合病院 消化器内科  
Department of Gastroenterology, Nayoro City General Hospital

が同定された。第66病日に空腸部分切除術を施行し、左上腹部腫瘍は空腸GISTの確定診断となった。



図3 腹部造影CT(第9病日)

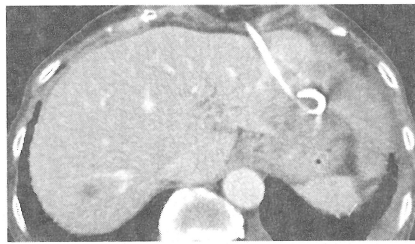


図4 腹部造影CT(第23病日)

## 症例 2

患者：70歳代 男性

主訴：右季肋部痛，全身倦怠感

現病歴：2ヵ月前に総胆管結石による閉塞性黄疸で当科入院し，EPLBDにて排石した。この際に胆石も指摘され，胆嚢摘出術を勧められたが，手術を希望せず経過観察となった。2日前から右季肋部痛および全身倦怠感が出現し当科受診となった。

既往歴：特記事項なし

来院時現症：血圧133/85，脈拍90，体温36.3℃。結膜に貧血・黄疸を認めない。胸部は異常所見を認めない。腹部は右季肋部に強い圧痛があり，Murphy sign陽性であった。

来院時検査所見：白血球10200/mm<sup>3</sup>と高値で，肝胆道系酵素の上昇を認めた。またCRP32.4mg/dlと高値であった。

画像所見（図5,6）：胆嚢はデブりが充満し腫大しており，また壁は著明に肥厚し周囲にeffusionを認めた。胆石胆嚢炎および胆嚢周囲膿瘍と診断した。

臨床経過：PTGBDを施行し，その後は経過良好であった。膿汁培養にてE.coliに加え，Streptococcus anginosus, Morganella morganiiが同定された。その後，胆嚢摘出術を施行した。

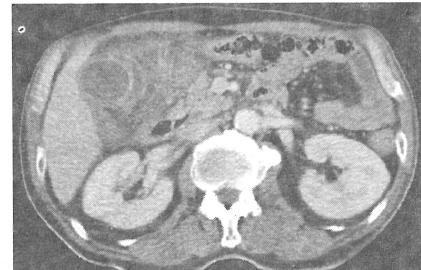
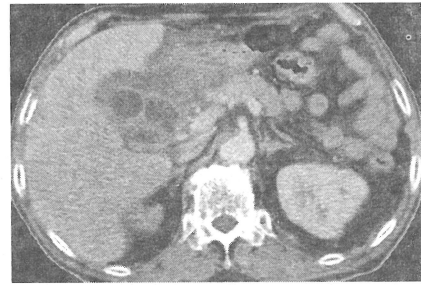


図5 入院時腹部造影CT

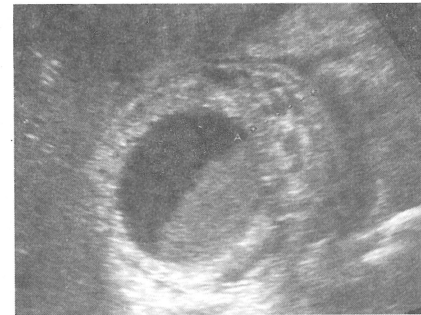


図6 入院時腹部超音波

## 考察

Streptococcus anginosus group (SAG)は口腔，消化管，泌尿生殖器などの粘膜の常在菌である。微好気性菌でかつ発育速度が遅く判定困難であったが，培養技術の進歩により近年SAG感染症の報告が増加している。頭頸部領域や呼吸器の感染症の報告が多く，肝胆道系感染症は比較的稀とされているが，近年報告が散見されている<sup>1)2)</sup>。

重福らはSAGによる肝膿瘍の本邦報告25例を集計した報告をしており<sup>3)</sup>，症例1を含めた26例で検討すると，悪性疾患の合併を20%に認めた。SAGによる肝膿瘍死亡例は悪性腫瘍合併例が多かった。また，症例2はSAGとMorganella morganiiの混合感染をきたしていたが，このようなSAGと嫌気性菌との混合感染は30%に認められた。このよう

な混合感染をおこすと、SAGの発育が促進し、好中球機能が抑制され、病原性の増悪を認めるといわれている<sup>4)</sup>。悪性腫瘍合併や嫌気性菌との混合感染例では重症化のリスクがあると考えられる。

肝膿瘍におけるSAGの感染経路としては、経門脈性が多くを占めている<sup>3)</sup>。症例1は、肉眼標本では空腸GISTは腸管壁外に突出しており、小腸粘膜損傷は認めなかったが、病理組織ではGISTの腫瘍内腔に強い好中球浸潤を認めたことから、この部位をfocusとした経門脈的感染が推察された。症例2に関しては、総胆管結石の既往や胆石が認められていたことから経胆道性感染が考えられた。

肝胆道系感染症の治療に関しては、*Escherichia coli*や*Klebsiella pneumoniae*などのグラム陰性桿菌が起炎菌であることが多く、セフェム系の抗生剤が選択されることが多い。しかし、SAGはセフェム感受性が低いので、起炎菌が不明で抗生剤に反応しない肝胆道系感染症を認めた場合は、SAG感染を考慮する必要がある。

## おわりに

SAGが同定された肝膿瘍1例と胆嚢炎1例を経験

した。SAGによる肝胆道系感染症は比較的稀だが、近年報告が散見され、症例1のような腫瘍性疾患の合併例や症例2のような嫌気性菌混合感染も少なくない。これらの場合では重症化例が報告されており、SAGは消化器領域においても重要な起炎菌と考えられる。

本論文の要旨は第117回日本消化器病学会北海道地方会（平成27年，札幌市）で発表した。

## 参 考 文 献

- 1)Chua D, Reinhart HH, Sobel JD : Liver abscess caused by *Streptococcus milleri*. *Rev Infect Dis* 11: 197-202, 1989
- 2)Limia A, Jimenez ML, Alarcon T, et al: Five-year analysis of antimicrobial susceptibility of the *Streptococcus milleri* group. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 18, 440-444, 1999
- 3)重福隆太, 鈴木通博, 小林稔, ほか : *Streptococcus anginosus* groupによる化膿性肝膿瘍の3症例. *日消誌* 110 : 1468-1480, 2013
- 4)新里敬, 仲宗根勇, 斎藤厚, ほか : “*Streptococcus milleri* group”. *臨床検査* 38 : 552-556, 1994