

感染性心内膜炎

聖マリアンナ医科大学循環器内科准教授

鈴木 健吾

(聞き手 池脇克則)

クリニックで感染性心内膜炎を見逃さないためのポイントをご教示ください。

<新潟県開業医>

池脇 感染性心内膜炎も、急性と亜急性がありますけれども、今回は亜急性の心内膜炎（IE）ということです。確かに命にかかわるような重篤な疾患でもあるIE、クリニックできちんと早期発見する、あるいは疑うのがとても大事だと思うのですが、まずIEに関して基本的なところから教えてください。

鈴木 IEは、多くの場合、何らかの基礎心疾患を有する患者さんが、何らかの原因で菌血症を起こした際に、弁膜や心内膜、血管内膜に細菌性の集簇を含む疣腫、これをvegetationと呼んでいます。これを形成し、この菌の塊が飛んでいく塞栓症、弁膜の破壊等による心不全など、多彩な臨床症状を呈する疾患です。

池脇 そうすると、患者さんは弁膜症がある方が多いという理解でよいで

すか。

鈴木 基礎心疾患としては、弁膜症や先天性心疾患などが約80%に認められるという報告がありますので、残り20%が基礎心疾患のない患者さんに発症するといわれています。

池脇 そうすると、心疾患、弁膜症がないからといって、IEは否定はできないけれども、基本的には弁膜症等々の心疾患があるときに、より強く疑うのが一つのポイントになりますね。

鈴木 そのとおりです。

池脇 最近は高齢者も多いですし、弁膜症の手術をしている方も多いと思うのですが、そういった背景に何か特徴はあるのでしょうか。

鈴木 確かに人工弁が置換されている方は本症のハイリスク患者さんといえると思います。そのほかに本症の既往のある患者さんとか、最近是一般の

クリニックでも中心静脈ラインが留置されている患者さんもいらっしゃると思います。そのような方や血液透析患者さんたちも本症のハイリスク患者さんといえると思います。それから、最近ではアトピー性皮膚炎をお持ちの患者さんに本症を合併するという報告もありますので、アトピー性皮膚炎の患者さんに不明熱がみられた場合には本症を疑ってもよいと考えます。

池脇 原因ははっきりわかっていないのでしょうか。

鈴木 アトピー性皮膚炎の患者さんは、かなり搔痒感が強く出てきますので、ひっかき傷のようなかたちで細菌が皮膚から感染していくと考えられています。

池脇 それはひっかいて血液中に菌が入る、いわゆる菌血症を起こすことがIEの原因ということですね。

鈴木 そのとおりです。本症の誘因としては、菌血症の発症になります。菌血症をきたす原因の多くは、歯科治療を含めた小手術になります。そのほか、耳鼻科領域の扁桃摘出や婦人科的な手技、泌尿器処置などが菌血症の誘因になるといわれています。

池脇 確かに教科書的には歯科治療がまず頭に浮かぶのですがけれども、最近はそのほど多い背景、誘因というわけではないのでしょうか。

鈴木 実臨床の場では、IEを発症する前に歯科治療を必ず行っているわけ

ではありませんが、やはり歯科治療を行っている場合は本症を鑑別にあげる必要はあります。

池脇 疑いの患者さんがいらしたときに、そういった歯科治療あるいは扁桃の摘出、婦人科、泌尿器科領域の処置をしたかどうかを聞くべきだということで、それ以外には何かあるのでしょうか。

鈴木 そのほかには、やはり自覚症状から本症を疑っていくのがよいかと思えます。IEの自覚症状としては、80%以上の方にまず発熱の症状が見られます。非特異的な症状ですが、先ほど述べたようなハイリスク患者さんに、歯科治療などによる菌血症の誘因があって、その後、2週間程度で発熱という症状が見られた場合はIEを疑ってもよいかと思えます。

池脇 発熱の程度は高熱なのか、微熱なのか、そういった特徴はあるのでしょうか。

鈴木 本症の診断基準であるデュークの診断基準では、38度以上の発熱とされています。しかし、亜急性では微熱が長期にわたる場合があり、特に高齢者ではなかなか38度以上の発熱が見られない場合があります。また、注意すべきことは、すでに他の病院で経口抗菌薬が投与されている場合には臨床症状としての発熱がマスクされるので、診察時には他院で抗菌薬が投与されていないかを確認する必要があると思

ます。

池脇 発熱もそうですし、それほど特異的な症状ではなくて、全身的に何か不調を訴える、体重が減るようなことも出てくるのですね。

鈴木 そうですね。先ほどの体重減少、食欲不振、それから咳嗽、呼吸困難、頭痛などの症状も、頻度はさほど多くありませんが、非特異的な症状として挙げられると思います。

池脇 すべてがそうではないにしても、いわゆる不明熱の鑑別診断として、このIEも入ってくるとすると、年代にもよりますけれども、いわゆる膠原病も不明熱の一つの候補ですし、そういったものの鑑別はどのようなのでしょうか。

鈴木 症状だけで膠原病なのか、IEなのかを鑑別するのはなかなか難しいと思います。そういう場合は、血液検査所見、心エコー所見を加えて、膠原病と本症を鑑別していくのが必要かと思えます。

池脇 IEでは関節痛とか筋肉痛もけっこうあるようなので、オーバーラップしそうかと思ってお聞きしたのですけれども。

鈴木 おっしゃるとおりで、本症の症状としては、関節痛、筋肉痛などが初発症状として出てくる場合があります。特に、化膿性脊椎炎ですとか腸腰筋膿瘍などの合併を認めることがあるので、初発の症状として関節痛、筋肉

痛が出てくる場合があります。

池脇 最初におっしゃいましたけれども、vegetationがあって、菌が塊となることで塞栓する。そういったことがいろいろな症状あるいは所見としても出てくるのですね。

鈴木 そうですね。

池脇 クリニックのレベル、臨床実地のレベルで、留意すべき項目はあるでしょうか。

鈴木 まずは心雑音の重要性を強調したいと思います。本症の80~85%の症例で聴取されるものです。特に、今までにはなかった雑音が新たに出現したという場合は、IEを疑う所見として重要だと思えます。そのため、日常の診療において心雑音に注目して聴いておく。聴診をおろそかにしない姿勢が非常に大事だと思います。

池脇 その方が初めて来られた方の場合には、もともとあったのかどうか。ちょっと難しいですけれども、日頃診ておられる患者さんの場合は、日頃から聴いておいたほうがいいですね。

鈴木 そのとおりです。

池脇 聴診は聴診器さえあればできますね。塞栓症状についてはどうでしょうか。

鈴木 そのほかに重要なのが末梢血管病変です。点状出血というのがあります。眼瞼結膜、頬部粘膜、そのほか四肢に見られる微小血管塞栓により生じます。そのほかに有名なものと

しては、爪下線状出血、爪の下に見られる所見があげられます。

それからオスラー結節と呼ばれる、指先の有痛性皮下結節のようなものが見られます。またJaneway発疹、これは手のひら、もしくは足の裏に、オスラー結節ほどの痛みは出てきませんけれども、小豆色様に見える無痛性の赤色紅斑のようなものを認めます。もし眼科にも診療が可能な状況でしたら、眼底を見ていただいて、眼底の出血性梗塞で中心部が白色になるといわれるRoth斑のような所見も塞栓症状として非常に重要だと思います。

池脇 頻度は高くないにしても、もしあれば、IEを疑う非常に大きな所見と考えてよいですか。

鈴木 そのとおりだと思います。

池脇 ほかの所見、症状でもいいのですが、何かありますか。

鈴木 比較的まれな状態だと思いますが、vegetationは、例えば脾臓に飛んでしまった場合の脾梗塞のような場合には、左の季肋部痛、側腹部痛を認めることもありますし、このvegetationが腎臓に飛んでしまった場合、腎梗塞

はかなり無症状の場合がありますが、中には側腹部痛が見られることもあります。その結果、肉眼的もしくは顕微鏡学的に血尿が見られることもあります。

池脇 そういった聴診、診察を含めて、怪しいと思ったら、まず心臓の超音波検査になると思うのですが、これが次のステップということでしょうか。

鈴木 そうですね。今まで述べたような症状ですとか身体所見、検査所見からIEを強く疑うような場合は、次のステップとしては心エコー検査が重要だと思います。ただし、心エコー検査もすべて100%わかるような検査ではありません。心エコー検査でなかなかvegetationが描出できない場合は、時間をおいて再度心エコー検査をフォローしたり、経食道心エコー検査という胃カメラのような要領で、より心臓から近いところで心臓を観察できる検査があります。そのような検査を何回か行うことで本症の診断にたどり着けるのではないかなと考えます。

池脇 ありがとうございます。