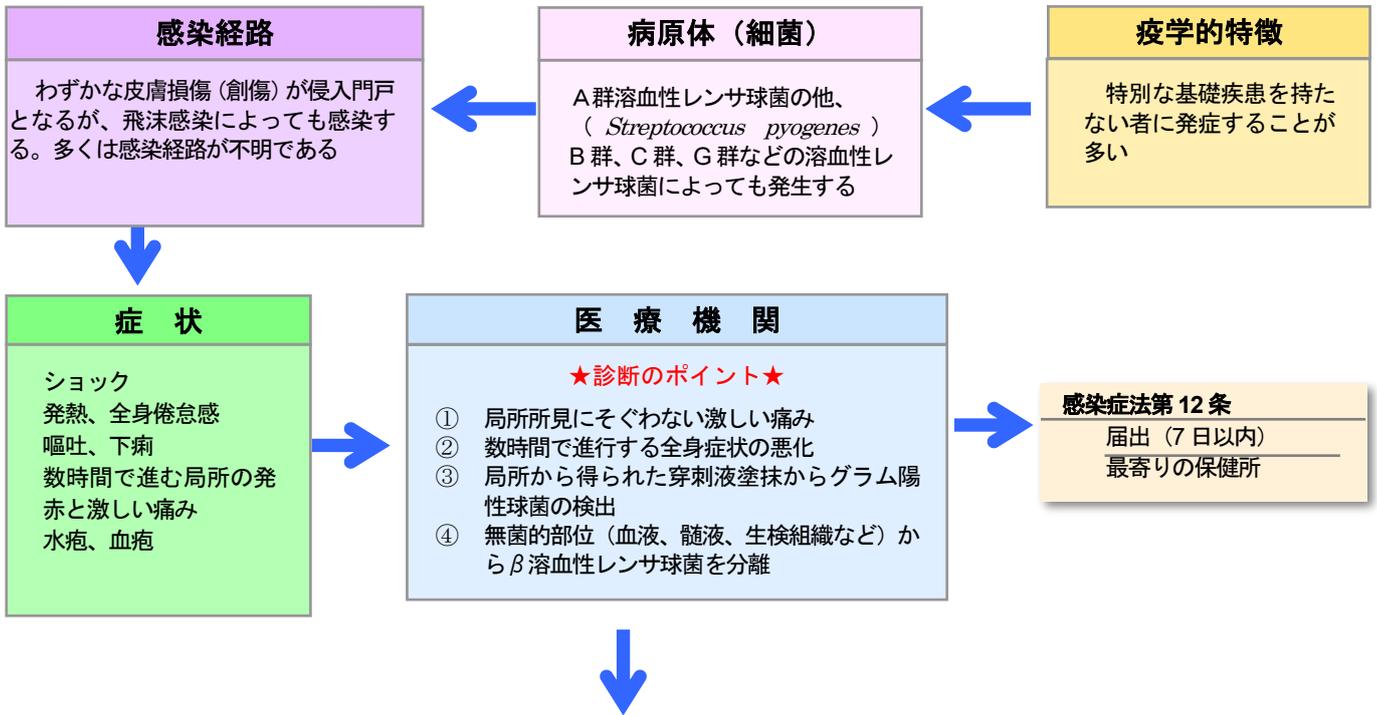


劇症型溶血性レンサ球菌感染症

…………… 五類感染症・全数

Streptococcal toxic shock syndrome : STSS



臨床的特徴	<p>(1) 定義 β 溶血を示すレンサ球菌を原因とし、突発的に発症して急激に進行する敗血症性ショック病態である。</p> <p>(2) 臨床的特徴 初発症状は咽頭痛、発熱、消化管症状（食欲不振、吐き気、おう吐、下痢）、全身倦怠感、低血圧などの敗血症症状、筋痛などであるが、明らかな前駆症状がない場合もある。後発症状としては、軟部組織病変、循環不全、呼吸不全、血液凝固異常（DIC）、肝腎症状など多臓器不全を来し、日常生活を営む状態から 24 時間以内に多臓器不全が完結する程度の進行を示す。A 群レンサ球菌等による軟部組織炎、壊死性筋膜炎、上気道炎・肺炎、産褥熱は現在でも致命的となりうる疾患である。</p>
--------------	---

届出に必要な要件	<p>届出に必要な要件（以下のアの（ア）及び（イ）かつイを満たすもの）</p> <p>ア 届出のために必要な臨床症状 （ア）ショック症状 （イ）（以下の症状の内 2 つ以上） 肝不全、腎不全、急性呼吸窮迫症候群、DIC、軟部組織炎（壊死性筋膜炎を含む）、全身性紅斑性発疹、痙攣・意識消失などの中枢神経症状</p> <p>イ 病原体診断の方法 ■検査材料：通常無菌的な部位（血液、髄液、胸水、腹水）、生検組織、手術創、壊死軟部組織 （1）分離・同定による病原体の検出</p>
-----------------	--

届出基準	<p>診察あるいは検案した医師の判断により、</p> <p>ア 患者（確定例） 症状や所見から劇症型溶血性レンサ球菌感染症が疑われ、上記の検査によって病原体の診断をしたもの。</p> <p>イ 感染症死亡者の死体 症状や所見から劇症型溶血性レンサ球菌感染症が疑われ、上記の検査によって病原体の診断をしたもの。</p> <p>上記の場合は、感染症法第 12 条第 1 項の規定による届出を 7 日以内に行われなければならない。</p>
-------------	--

5類感染症（全数把握）

参考図書

(1) Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases, 8th ed: pp2287-2299

(2) Bader et al. Postexposure management of infectious diseases. Cleve Clin J Med. 2017 Jun 1;84(1):65-80.

(3) Kadri et al. Impact of Intravenous Immunoglobulin on Survival in Necrotizing Fasciitis With Vasopressor-Dependent Shock: A Propensity Score-Matched Analysis From 130 US Hospitals. Clin Infect Dis. 2017 Apr1;64(7):877-885.

発生状況

感染症法 5 類疾患で届出が義務づけられている。報告件数は近年増加しており、2023 年には東京都では過去最多の 141 件の発生報告がされている。

臨床症状

明確な基礎疾患を持たない場合が多いが糖尿病がリスクとも言われている。

初期には発熱、悪寒、悪心・嘔吐、下痢などの非特異的な症状を伴う。通常の丹毒、蜂窩織炎と比較して発赤は軽度であることもある、また、説明のつかない激しい痛みや発赤がない部位にも痛みを訴え、全身状態が悪いという臨床的解離をみることがある。数時間で進行するが、病変部の知覚脱出、水疱から血疱が出現し、ついには壊死に至る。この時点では診断は容易だが、ショック、多臓器不全、血液凝固異常、成人呼吸窮迫症候群などを併発し、救命は難しくなる。局所所見と全身状態は刻々と悪化し、診断の遅れは生命予後と機能予後に大きな影響を与える。ガス産生はない。レンサ菌性毒素性ショック症候群を合併することもある。

検査所見

- ・無菌的な組織（血液、髄液、胸水、生検組織など）の培養から β 溶血を示すレンサ球菌を検出。
- ・水疱や皮下穿刺液をグラム染色するとグラム陽性連鎖状球菌を検出する。
- ・血液検査にて CPK が上昇することもあるが診断的価値は高くない。抗ストレプトリジン O 抗体 (ASLO) も同様に診断的価値は低い。
- ・CT、MRI にて局所の浮腫やわずかな浸出液の貯留を認めることがあるが、膿瘍を見ることは少ない。画像所見に特異的なものはなく、それほど診断には役立たない。

病原体

A 群溶血性レンサ球菌 (*Streptococcus pyogenes*) が大半を占めるが、B、C、G 群溶血性レンサ球菌によっても発生する。A 群溶血性レンサ球菌のうち、2010 年代から英国で分離頻度が増加している M1_{UK} 株による患者が 2023 年において国内の一部地域で集積しており、劇症型溶血性レンサ球菌感染症の報告数増加との関連が指摘されている。

感染経路

本人の気づかないほどの小さな皮膚の傷害が侵入門戸となる。静脈やリンパ流のうっ滞のある四肢から感染しやすい。A 群溶血性レンサ球菌による上気道感染、創傷感染、手術部位感染、婦人科疾患に続発することもあるが、臨床的に感染経路が不明な場合 (50%) も多い。

潜伏期

明確ではない。

行政対応

医師は、患者を診断、または当該疾患により死亡したと診断した場合、7 日以内に指定の届出様式により最寄りの保健所に届け出る。かつては A 群溶血性レンサ球菌のみが届出対象であったが、2024 年 3 月現在では β 溶血を示すレンサ球菌すべてが本疾患の届出基準に合致する場合は届出対象である。届出後に保健所は菌株を回収し、東京都健康安全研究センターは保健所から収集した菌株を分析を行う。

拡大防止

本疾患が発症した場合、適切な治療が行われた上でも致命的な転帰を辿る場合が多い。そのため日常の標準予防策、医療機関での院内感染対策によって、原因となる溶血性レンサ球菌に感染しないことが拡大防止のために重要である。少なくとも 24 時間一緒に過ごした家族等であつ 65 歳以上の高齢者、糖尿病や悪性腫瘍などの基礎疾患がある、最近手術や出産をした家族についてのみ、予防内服を考慮することがあるが、抗菌薬の副作用との兼ね合いを考慮した上で決定する。

治療方針

- ・早期診断及び早期治療がもっとも重要。本症は外科的処置なしで治癒させることは難しいことから、いかに素早く外科的処置ができるかが鍵となる。
- ・迅速かつ十分に広範囲な壊死組織の切除が重要。一度の手術でデブリドマンが十分に行えないことも多く、再評価の上、追加の切除が必要となることが多い。
- ・起因菌が判明するまでは、広域抗菌薬が使われることはやむを得ない。溶血性レンサ球菌と確定した際は、ペニシリン G やアンピシリンの高用量点滴静注が推奨される。さらに急性期にはクリンダマイシンを併用する。クリンダマイシンの併用により、連鎖球菌からの毒素産生が抑制される。また、大量の連鎖球菌が繁殖しているときにはペニシリンの効果は低下するため、クリンダマイシン併用は効果があるとされている。
- ・重症化するので集中治療室での管理が必要となる。
- ・ガンマグロブリン投与については、近年の研究で推奨されている。