

## 6 当院におけるPM埋込関連感染症の特徴

佐藤 迪夫・大久保健志・池上龍太郎  
 矢野 利明・小林 剛・真田 明子  
 保坂 幸男・尾崎 和幸・土田 圭一  
 高橋 和義・三井田 努・小田 弘隆

新潟市民病院循環器内科

【Background】ペースメーカー (Pace maker : PM) は徐脈性不整脈の治療法として世界中で受け入れられており、埋込み件数は上昇傾向にある。PM埋込後の感染症も上昇傾向であり、重要な合併症として認識されている。先行研究におけるPM埋込み後の感染発症の割合は1.82～2.2/1000device-yearsとされている。

【Aim】当科におけるPM埋込み後の感染症発生頻度及び感染症発症のrisk factor・傾向を明らかにすることで、感染症防止に寄与する。

【Methods】2007年1月1日～2012年8月31日までの5年9ヵ月の間、当科で施行したPM埋込み症例257例を後方視的に検討(689device-years)し、感染群(5例)と非感染群(252)を比較した。また上記5例を含め、当科で埋込みを施行していないものの、観察期間中に当院で加療したPM関連感染14例(10人)についても検討した。

【Results】当科におけるPM埋込み後感染症の頻度は1.95% (5例/257例)。当科のPM埋込み後感染はPM埋込み1年以内までに多く、それ以降は少なかった。感染の危険因子として、PM交換・BMI低値が有意で、糖尿病や腎機能低下・悪性腫瘍等については感染発症に対して有意差を認めなかった。また他院・他科でPM埋込みを行った症例等を含む全14例の特徴としても、感染はPM交換に多く、本体抜去後の残存リードに感染が起こる例が4例(3人)/14例(10人)見られた。

【Conclusions】当科のPM埋込み後感染発症率は1.95% (5例/257例)であった。感染発症のriskとして、PM交換・BMI低値が有意であった。当院で加療した14例(10人)のうち、4例(3人: 28.6%)はPM本体抜去後の残存リード

に対する感染であり、残存リードは感染源となる危険性が示唆された。

## 7 脳膿瘍を合併した感染性心内膜炎の1例

勝海 悟郎・柏村 健・飯嶋 賢一  
 小幡 裕明・塙 晴雄・小玉 誠  
 南野 徹

新潟大学医歯学総合病院循環器内科

症例は37歳、男性。入院16日前に歯科治療を受けその後より発熱を来した。近医で処方されたAZM, LVFXで軽快せず、心雑音が認められたため、当院を紹介受診した。心尖部に汎収縮期雑音を聴取し、WBC 14190/ $\mu$ l, CRP 10.01mg/dlと高度の炎症所見を認めた他、心エコーで僧帽弁に疣贅と重度の逆流を認めたため、感染性心内膜炎の診断で同日当科に入院した。入院時の血液培養でMSSAが検出され、CEZ + GMによる治療を行ない、炎症反応の改善と疣贅の縮小を認めた。しかし、第11病日に撮像した頭部CTで右前頭葉に脳膿瘍を新たに認め、CEZをMEPMに変更し改善を見た。経過中MEPMによる薬剤熱を生じVCMへ変更したが、再増悪なく良好に経過した。MSSAによる感染性心内膜炎への抗生剤はCEZ + GMが第一選択だが、いずれも血液脳関門の通過性が不良であり、脳膿瘍合併例では不适当である。しかし、感染性心内膜炎ガイドラインに脳膿瘍合併時の対応の記載はなく、注意を喚起すべきものと考えられた。

## 8 特異な経過を呈した僧帽弁形成術後感染性心内膜炎の1例

名村 理・岡本 竹司・大久保由華  
 青木 賢治・榛澤 和彦・土田 正則

新潟大学大学院医歯学総合研究科  
 呼吸循環外科学分野

症例は60歳、男性。56歳時に当科で僧帽弁形成術を施行され当科外来で経過観察中であった。

2010年9月TIAを発症し当院神経内科に入院し、心原性脳塞栓が疑われた。入院時を含め、これまで洞調律で経過し、入院後の経胸壁心エコー、頸動脈エコー、頭・頸部MRAで塞栓源は同定できなかったが、ワーファリン投与を開始し、外来で経過観察となった。その後、TIA発症から8、8.5、9、10か月にTIA、脳梗塞を発症し、当院神経内科に入退院を繰り返した。3回目（初発から8.5ヶ月後）の入院では、経食道心エコー、全身造影CTも施行したが、塞栓源は不明であった。しかし、5回目（初発から10か月後）の入院時に再度経食道心エコーが施行され、僧帽弁輪部にstrandを認め、塞栓源が疑われた。初回TIA発症以降、発熱は無く、白血球数5090～7600/ $\mu$ l、CRP 0.06～0.56mg/dlと炎症所見は軽微であったが、感染性心内膜炎を疑い、血液培養を施行したところ、メチシリン耐性コアグラウゼ陰性ブドウ球菌が検出された。

約2週間テコプラニンを投与した後、手術を行った。手術所見では僧帽弁輪部のstrandは、僧帽弁形成術で用いた人工弁輪を縫着した縫合糸に付着した疣贅と思われた。人工弁輪除去により僧帽弁逆流の再燃が考えられること、再人工弁輪縫着術、僧帽弁置換術後の人工物感染の危険性もあること、これまで、抗生物質非投与下で、軽微な炎症所見で経過したことなどから、術後の抗生物質投与にも期待し、手術は疣贅切除および数本の縫合糸の切除に留めた。尚、術中採取した疣贅、縫合糸の培養でもメチシリン耐性コアグラウゼ陰性ブドウ球菌が検出された。術後は約8週間抗生物質投与を行い、炎症所見が消褪し、経食道心エコー検査でも僧帽弁輪部のstrandの再発が無いことを確認し、治癒と判断し、外来で経口抗生物質を投与し経過観察となった。

その後の外来経過観察中も、脳塞栓症状、発熱は無く経過し、血液検査上の炎症所見も軽微であった。しかし、術後1年目に行った血液培養検査では、メチシリン耐性コアグラウゼ陰性ブドウ球菌の検出を認めた。今後、経食道心エコー検査等を行い、再手術も検討する。

## 9 感染性胸腹部大動脈瘤に対する1治療例

若林 貴志・山本 和男・杉本 努  
岡本 祐樹・加藤 香・三村 慎也  
吉井 新平

立川メディカルセンター立川総合病院  
心臓血管外科

症例は78歳、男性。1年前に慢性B型大動脈解離+遠位弓部大動脈瘤（径72mm）に対して上行弓部大動脈人工血管置換術を当科で施行。術後CTでは胸部下行大動脈の解離腔は血栓閉塞し、腹部大動脈は解離腔が開存していた。以後近医で通院加療中であった。1ヶ月半前より腰痛と発熱が持続し近医で腸炎として入院加療を受けるも症状改善なし。経過中、CTで横隔膜レベルの大動脈径の急激な増大（10mm/1ヶ月）を認め、臨床所見、炎症所見とあわせ感染性胸腹部大動脈瘤が疑われ当科へ転入院となった。慢性炎症による消耗著明であったため、抗生剤投与に加えて栄養強化・輸血等により全身状態の改善を図った後に手術を行う方針とした。手術はspiral incisionから開胸+後腹膜アプローチ、部分体外循環下で行った。瘤内の解離腔に血栓と膿汁貯留が認められた。瘤切除し、リファンピシン浸漬人工血管（Coselligraft、径20mm）を用いて大動脈および腹部分枝のin situ再建を行い、人工血管周囲には大網を充填した。術後経過は概ね良好で腰痛は消失した。対麻痺等の重篤な合併症の発症もなかった。術後抗生剤はMEPM+VCMを術後50病日まで投与し、CRP低下後はLVFX内服に切り替え退院後も継続の方針とした。術後68病日退院し、現在は前医で経過観察中である。なお、術中検体の培養および術前後の複数回の血液培養結果はいずれも陰性であった。