



2. 丹毒 erysipelas

★

Essence

- 主に A 群 β 溶血性レンサ球菌による真皮の感染症。
- 顔面に好発。突然発熱し、急激に境界明瞭な浮腫性紅斑が拡大。圧痛や熱感が強い。
- 細菌培養は検出率が低いため、ASO、ASK 値なども測定する。
- 治療はペニシリン系、セフェム系抗菌薬の全身投与。

症状

突然、悪寒や発熱を伴って、主に顔面や下肢に境界明瞭な浮腫性の紅斑が生じる。発熱が1～2日皮疹に先行することもある。表面は緊張して光沢があり、熱感と圧痛が強い。ときに浮腫性紅斑上に水疱を形成することがある〔水疱性丹毒 (erysipelas bullosa)〕。皮疹は急速に“油を流したように”遠心性に拡大していく。顔面では片側から始まり、対側へ拡大する (図 24.2)。通常は所属リンパ節 (頸部、鼠径など) 腫脹を伴う。悪心、嘔吐などの症状を伴うこともある。同一部位に繰り返し発症する場合があります。習慣性丹毒 (recurrent erysipelas) と呼ばれる。

病因

真皮を病変の主座とする化膿性炎症性疾患で、真皮に局限する浅い蜂窩織炎 (次項) ととらえることができる。原因菌は A 群 β 溶血性レンサ球菌が大多数であるが、他群のレンサ球菌 (新生児では B 群)、黄色ブドウ球菌、肺炎球菌なども類似の症状をきたす場合がある。外傷 (耳かきによる外耳道の微小な外傷など)、扁桃炎、慢性静脈不全、足白癬病変^{あしはくせん}などから生じることがある。習慣性丹毒は、リンパ浮腫などを有する者に生じやすい。

検査所見

レンサ球菌感染を反映して、1～2週後に ASO、ASK が上昇することが多い。赤沈亢進、白血球増多 (核左方移動)、CRP 強陽性。組織片からの細菌検出率は低い。

類丹毒 (erysipeloid)

MEMO

図 24.2 丹毒 (erysipelas)
顔面の境界明瞭な浮腫性紅斑。圧痛、熱感を伴う。

鑑別診断

蜂窩織炎はより深在性の病変であり (図 24.3), 紅斑の境界が明瞭ではない。壊死性筋膜炎は、急速に進展する皮膚の壊死病変と激烈な全身症状が鑑別のポイントとなる。とくに顔面の初期丹毒は、帯状疱疹や接触皮膚炎, 虫刺症との鑑別が難しい。下肢病変では、血栓性静脈炎, 深部静脈血栓, Sweet 症候群, 硬化性脂肪織炎, 丹毒様癌などと鑑別する。

治療

ペニシリン系や第1世代セフェム系抗菌薬の内服ないし点滴によく反応する。再発や腎炎の続発を考慮して、10日間程度は抗菌薬投与を続ける。

3. 蜂窩織炎 cellulitis ★

Essence

- 真皮深層から皮下組織に生じる急性化膿性炎症 (図 24.3)。
- 顔面や四肢に突然発症し、境界不明瞭な紅斑、腫脹、局所熱感および疼痛を認める。
- 壊死性筋膜炎や敗血症へ移行することがある。
- 治療は抗菌薬の全身投与と、局所の安静。

症状

顔面や四肢 (とくに下腿) に好発する。境界不明瞭な紅斑、腫脹、局所熱感を認め、急速に拡大して圧痛や自発痛を伴う (図 24.4)。中心部が軟化し、水疱や膿瘍を形成することもある。発熱、頭痛、悪寒、関節痛などの全身症状を伴う。リンパ管炎や所属リンパ節腫脹を合併し、病変部から中枢側へ線状発赤を認めることがある。ときに壊死性筋膜炎 (図 24.16 参照) や敗血症へ進展する。

病因

黄色ブドウ球菌が主体であるが、A群β溶血性レンサ球菌やインフルエンザ菌 *Haemophilus influenzae* なども原因となる。多くは経皮的に侵入し、外傷や皮膚潰瘍、毛包炎、足白癬などから続発性に生じるが、明らかな侵入門戸のない場合もあ

***Pasteurella multocida* 感染症**

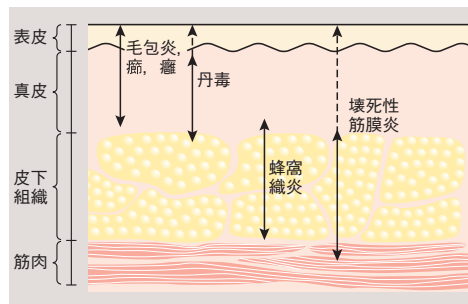


図 24.3 急性膿皮症の深さによる分類

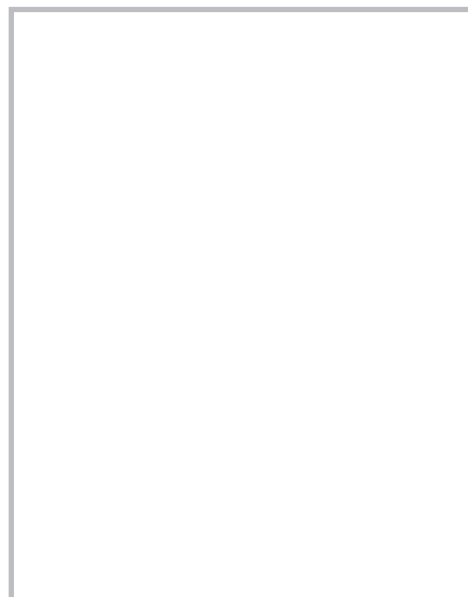


図 24.4① 蜂窩織炎 (cellulitis)
境界不明瞭な紅斑。腫脹、局所熱感、圧痛を伴う。

***Helicobacter cinaedi* 感染による皮膚症状**

