

視点

「劇症型溶血性レンサ球菌感染症」および A群溶レン菌性咽頭炎の福島県における状況について



福島県医師会常任理事

仙波 哲雄

1. 初めに

「劇症型溶血性レンサ球菌感染症（STSS）」（以後「劇症型」と記載）は溶血性レンサ球菌（溶レン菌）によってまれに起きる感染症で、血液や筋肉などに菌が侵入し高熱、局所の疼痛、発赤などが出現後急激に症状が進行しショック状態になり腎不全、DICなどをきたし発病してから数十時間で死に至ることも少なくない疾患です。感染症法では、5類感染症に定められ報告が義務付けられています。「劇症型」は、子どもを中心に流行する「A群溶血性レンサ球菌咽頭炎」と同じ溶レン菌が主な原因になるのですがこの両者は症状が全く異なるため、違う病気として扱われています。

2023年より日本全体における「劇症型」の報告が増加しており、マスコミなどでも取り上げられております。私は福島県の感染症情報解析委員会委員を務めておりますが、本県においても「劇症型」の増加が見られており、併せて原因菌の1つであるA群溶レン菌によ

る咽頭炎（扁桃炎）（こちらは定点報告の疾患です）の増加傾向も見られておりますので、注意喚起を含め福島県での状況を報告したいと思います。

2. 「劇症型溶血性レンサ球菌感染症」の状況

国立感染症研究所感染症疫学センターの報告では（2024年8月2日掲載）2014年までは年200例程度の届出がありその後2019年まで年々増加し、新型コロナウイルス感染症流行時期は一時減少したものの2023年には再び増加し過去最高となる949例となっています。検出された菌はA群が最も多く次いでG群、B群の順でした。2015年1月から2024年3月までの6,666例の検討で男性は53.7%で70～74歳に最も多く、女性は46.3%で85～89歳に最も多かったと報告されています。死亡例は1,660例（24.9%）で78.4%は発病から3日以内に死亡し、47.0%は発病日当日もしくは翌日に死亡しています。届出に必要な臨床症状（ショックは必須）は腎不全、DIC、軟

部組織炎が多いとのことでした。

福島県の状況については2023年は10例の報告だったのですが（全国949例）本年2024年は第30週（7月28日）までで28例（全国1279例）にのぼっています。県、全国ともすでに昨年を上回っている状況です。地域別では福島市が15例で最も多く、次いで郡山市5例、会津2例となっています。詳細がある程度わかるのは22週までの21例になりますが、男性13例、女性8例でした。年齢は乳児1例を含みますが他は30歳代以上で11例は60歳以上でした。症状は（ショックは必須）腎不全16例、DIC12例、軟部組織炎11例、中枢神経症状7例となっており、8例が死亡されています（全員腎不全あり）。感染経路としては8例が創傷感染、2例が飛沫・飛沫核感染、1例が抜歯後などとなっていますが、9例は感染経路が不明です。全国の報告でも41.7%は感染経路不明とされています。菌種としてA群11例、G群3例、B群1例となっています。

3. 「A群溶血性レンサ球菌咽頭炎」の状況

咽頭炎から直接「劇症型」になるわけではありませんが、動向については把握しておく必要があるものと考えまとめました。福島県の定点観測では2020年の前半からほとんど流行は見られなかったのですが、2023年の夏頃より小流行が見られ始め、冬より小児科定点で4.0以上の報告が継続していました。福島県も全国も2024年24週ごろから減少が続いていますが過去5年間の同時期から比較すると3倍以上となっているのでかなり多いという状況です。

私の診療所（耳鼻咽喉科です）は報告対象の定点医療機関ではありませんが、2024年に入り16週くらいまでは週に5人程度の「A群溶血性レンサ球菌咽頭炎」を診ておりました。当院の場合本疾患の罹患者は小学生以下と成人がほぼ同数であり、小児と接触のない成人

の検出例も多く見られています。中には口蓋扁桃には発赤腫脹などなく、上咽頭のぬぐい液から検出する例や、迅速検査では陰性だったが培養では陽性になる例も見られます。

薬剤の選択の参考とすべく従来は迅速診断キットのみで診断をしていますが、2024年に入ってから培養検査も併用し薬剤感受性もみて参りました（竹田総合病院検査課細菌検査室にお願いしています）。2023年以降培養でA群溶レン菌を検出したのは42例ですがペニシリン系、セフェム系、カルバペネム系の感受性は極めて良好でした。一方クリンダマイシン（CLDM）は2株、アジスロマイシン（AZM）は3株で耐性でした。この2薬剤については2020年以前では各々25%、35%の耐性でしたので感受性は回復してきているように思われますが、2020年以前はクラリスロマイシン（CAM）、エリスロマイシン（EM）で40%が耐性でしたのでマクロライドの使用は少し注意が必要と考えています。レボフロキサシン（LVFX）は耐性は3株、ミノサイクリン（MINO）は3株でしたが、この2薬剤についてはMICのばらつきが多くペニシリン、セフェムを上回る効果は期待できないと思っています。ということで薬剤選択としては従来言われている通りペニシリンが第一選択であり、次いでセフェムで良いのですが、アレルギーがある場合にはキノロン系では理論的にLVFXより溶レン菌に感受性が良好であるラスクフロキサシン（LSFX）、ガレノフロキサシン（GRNX）や前述のAZMなどを使用しています。それでも再燃する例を時々経験し1回のみCLDMやカルバペネムの点滴を併用するなどの対処をしています。

4. 「劇症型溶血性レンサ球菌感染症」がなぜ増加したのか？

はっきりとした理由はわかっていません。

A群溶レン菌の側からみると発赤毒素の産生量が多く伝染性も高いとされているM1系統のUK株の増加が指摘されており、福島県でも16例中6例がこの株でした。また本疾患の経年的な増加傾向に加え、COVID-19の対策緩和以降、様々な呼吸器感染症が増加する中で、溶レン菌咽頭炎の患者数が増加したことも原因の一つである可能性があると考えられます。個人的にはカゼに対して抗菌薬を使わないという国の方向性のために溶レン菌咽頭炎に対しても抗菌剤を使用されない例も多くあり、溶レン菌の無症状の保有者の増加も影響しているのではないかと考えています。

5. 疑い例を診察して感じたこと

50代男性の「劇症型」疑い例を診察しました。患者さんは2日前から40度の発熱と腰から下の痛みということでカゼのための症状かと思い当院（耳鼻科）を受診されたようですが、咽喉頭発赤・リンパ節の腫張なく、コロナ・インフルエンザの迅速検査陰性でしたのでウイルス感染か細菌感染かを区別しようと

ということで院内で血液検査を行いましたところ白血球数20,000、CRP20で、加えてヘモグロビン低下、血小板数の減少もみられ急ぎ病院に紹介し入院治療になりました。結果として大腿の蜂窩織炎がありそこからの疼痛と発熱だったわけですが、すでに腎不全の状態にありました。ショック状態ではなく血液培養も陰性だったため「劇症型」の基準は満たさないのですが、かなり危険な例であったと思われます。「劇症型」の軟部組織炎はどちらかというと下肢に多いため炎症部位が自分では確認できず、高熱も出るためカゼによる筋肉痛、関節痛と思い込んでしまう危険性があると思われました。血液検査をすぐに行い迅速な対応ができたからよかったのですが、血液検査を外注で行っている医療機関では結果判明まで1日を要するため病状が急速に進行してしまう危険性を感じました。発熱患者さんが受診する可能性のある医療機関では本疾患も念頭においていただき、緊急で採血を行うか、それが可能な医療機関への依頼をためらわないでいただきたいと思います。



いんこ