

本日7回目総合診療カンファを行いました。
発表は有岡先生でした。

31歳女性、薬物の常習者で、40度前後の稽留熱、胸痛を認めておりました。
胸部Xp、CTにて肺に多発性の末梢優位の結節影を認めております。
あと右膝関節炎、脊柱部の圧痛、多発する皮下膿瘍を認めておりました。
胸部聴診にて心雑音を認めておりました。

何を思い浮かべますか？

カンファでは上記のようなキーワードを皆であぶり出し、そこから鑑別疾患をあげていき、最も考えられる疾患を挙げ、他の鑑別診断を除外していく方法をとっています。

おそらく大部分の方が「敗血症とそれによる septic emboli」いわゆる敗血症性肺塞栓症を思い浮かべると思います。

心雑音があること、薬物中毒があることから感染性心内膜炎のリスクであると考えられ、第一に行う検査は心エコーということになります。

あとは鑑別ですが、結核、Wegener 肉芽腫、原発性肺がん、転移性肺がん、肺真菌症などが鑑別にあがり、それらを血清学的に、細菌学的に、そして病理学的に鑑別していくことになります。

結局は本症例は MSSA による感染性心内膜炎で、先天性心疾患も有しておりました。

こうやって紙の上で鑑別すると楽勝のように思えるのですが、実際はこんなにうまくいかない例もあります。

リスクファクター（先天性心疾患、薬物常習、抜歯、CVC 留置、人工弁置換術など）を持つ患者において高熱を有し、いろんなところに膿瘍を形成したり、手足の指先に痛みを伴う結節（osler 結節といいます）や逆に痛みを伴わない手掌や足底の紅斑（Janeway 病変といいます）、網膜内の中心が白色化した紅色病変（Roth 斑）などを見たら本症を疑います。これらは心臓弁に付着した菌の塊が飛んで、詰まった結果起こる病変として知られております。横田先生にお聞きすると、これらが本疾患の発見契機にもなるようです。

肺の多発陰影もやはり菌が詰まってできた病巣であると考えられているようです。

以上外来診療の助けになればと思います。

本日お集まりいただいた先生方、研修医の皆さんお疲れ様でした。

尚、今回で7回目になりますが、1回目からの内容を近々ホームページにアップする予定です。
興味がありましたらご参考にされてください。

内科 松岡