

岩脇 文香¹⁾飛田 泰斗史¹⁾中野 里穂²⁾別宮 浩文³⁾大西 美嘉子⁴⁾

1) 徳島赤十字病院 皮膚科

2) 徳島赤十字病院 皮膚科, 現 徳島大学病院 皮膚科

3) 徳島赤十字病院 血液内科

4) 徳島赤十字病院 産婦人科

要旨

39歳, 男性. 20XX-3年より当院血液内科で慢性骨髄性白血病に対してダサチニブを内服し寛解維持していた. 20XX年7月に発熱と陰部の腫脹を生じ近医で抗菌薬加療を受けた. 同年11月に発熱と陰部の腫脹を生じ当院受診, 当科に紹介された. 陰部の丹毒と診断し抗菌薬加療で軽快した. 陰囊に湿疹があり搔破による微小な傷が細菌の侵入門戸となったと考えた. 湿疹に対してステロイド外用と抗ヒスタミン剤を投与したが, その後も同部の丹毒を繰り返した. G群レンサ球菌が血液と亀頭部の培養で陽性となった. 4回目の発症後アモキシシリンを予防内服として継続した. ダサチニブの関与を考えアシミニブへ変更したが, アモキシシリンの予防内服を終了すると再燃した. パートナーの膣の常在菌の関与を考え妻の膣の培養を行ったがG群レンサ球菌は陰性だった. 現在予防内服を継続しており再燃なく経過している. 我々は非常に稀な陰部習慣性丹毒を経験したため報告する.

キーワード: 陰部習慣性丹毒, G群レンサ球菌, アモキシシリン予防内服

はじめに

丹毒は主にレンサ球菌による真皮の感染症で, 顔面や四肢に境界明瞭な紅斑を呈し発熱などの全身症状を伴う. 丹毒はリンパうっ滞のある部位に生じやすく, リンパ浮腫や下肢静脈瘤, 肥満などを背景として, 再発を繰り返す習慣性丹毒になりやすい. 今回我々は非常に稀な陰部の習慣性丹毒男性例を経験したため報告する.

症例: 39歳, 男性

主訴: 発熱, 陰茎と陰囊の発赤腫脹

既往歴: 慢性骨髄性白血病 (chronic myeloid leukemia: 以下CML) に対して20XX-3年1月からダサチニブ内服を開始し寛解維持

家族歴: 特記すべき事項なし

現病歴: 20XX年7月, 発熱と陰部の腫脹があり近医で抗菌薬の投与を受けた. 同年11月に発熱と下腹部に違和感があり当院を受診した. 翌日陰茎と陰囊に

発赤腫脹を生じたため当科に紹介された.

現症: 体温37.4℃, 陰茎と陰囊に境界明瞭な局所熱感を伴う浮腫性紅斑がみられた (図1).

臨床検査所見: 白血球数12420 / μ l (好中球83.0%), Hb濃度14.5 g/dl, 血小板数 8.9×10^4 / μ l, AST 24U/l, ALT 27U/l, γ -GT 44U/l, LD 161U/l, CK 55U/l, 尿素窒素 10mg/dl, Cre 0.86mg/dl, CRP 14.51mg/dl, ASLO 236 IU/ml

治療および経過: 4日間タゾバクタム・ピペラシリン (13.5g/日) を点滴投与した. 解熱し陰部の発赤も改善したためアモキシシリン・クランプラン酸 (750mg/日) 内服に変更した. 陰囊に湿疹があり搔破による微小な傷が細菌の侵入門戸となった可能性を考え, ジフルコルトロン吉草酸エステルクリームとオロパタジン (10mg/日) 内服を処方した. しかしその後も20XX年12月, 20XX+1年1月, 3月, 4月に同部に丹毒の再燃があり, それぞれアンピシリン (8g/日) の点滴とアモキシシリン (750mg/日) の内服で軽快した. 3月と4月の

発症時には、血液培養からG群レンサ球菌 (Group G Streptococcus: 以下GGS) が検出された。4月には亀頭部の培養からもGGSが検出された。4月以降、アモキシシリン (500mg/日) の予防内服を開始した。CMLに対して内服中のダサチニブで皮膚軟部組織感染症を生じる報告があり、同年6月よりアシミニブに変更した。しかし、7月に予防内服を終了すると1週間後に同部に丹毒が再発した。その後はアモキシシリン (500mg/日) の予防内服を継続している。現在まで丹毒の再燃はみら

れていない。パートナーの膣の常在菌が関与する報告があり、発症前に性交歴があったため妻の膣の培養検査を行ったがGGSは検出されなかった。

考 察

陰茎及び陰囊の丹毒は非常に稀である。これまで5例の報告がある (表1)。Carlono らは1989年にクラミジア性尿道炎後の陰囊リンパ浮腫を合併した1例を報告した。患者は20歳の既往歴のない男性でGGSが検出された¹⁾。Mendelsonらは1997年に51歳と38歳の男性の陰部の丹毒を報告した²⁾。どちらも発症前に性交歴がありパートナーの膣分泌液の培養検査が行われた。51歳の男性例では尿道とパートナーの膣の培養からB群レンサ球菌 (以下GBS) が共に検出された。38歳の男性例は本人からはA群レンサ球菌 (以下GAS) が検出されなかったが、パートナーの膣の培養からGASが検出された。2例とも夫婦ともに治療を受け再燃は見られなかった。Bardapureらは2009年に35歳男性の陰部の丹毒を報告し、陰部の丹毒は主に性的に活発な若い男性にみられると述べた³⁾。本邦でも特に既往歴のない23歳の若年男性に生じている⁴⁾。自験例も39歳男性であり、発症前に性交

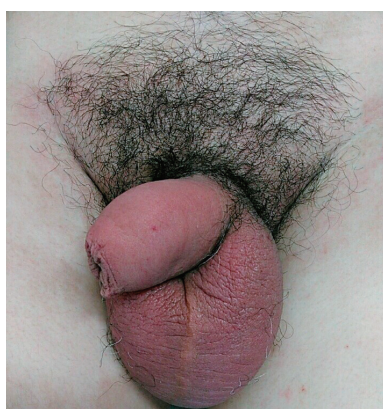


図1 入院時の臨床写真

陰囊陰茎に境界明瞭な局所熱感を伴う浮腫性紅斑がみられる

表1 陰部の丹毒の報告例

	報告年	報告者	年齢	性別	既往歴	本人の培養	パートナーの膣培養	経過
1	1989	Carlonoら	20	男	特になし	GGS	施行せず	6ヶ月間で再燃を繰り返し受診
2	1997	Mendelsonら	51	男	特になし	GBS	GBS	2回目再燃後、パートナーと共にアモキシシリンで治療し3年追跡したが再燃なし
3			38	男	特になし	陰性	GAS	パートナーと共にアモキシシリンで治療され改善
4	2009	Bardapureら	35	男	特になし	Streptococcus milleri	施行せず	抗生剤加療で改善
5	2015	山野ら (会議録)	23	男	特になし	不明	施行せず	1ヶ月間に3回再燃し受診。抗菌薬で速やかに改善も6ヶ月後に再燃
6	2023	自験例	39	男	慢性骨髄性白血病	GGS	陰性	1年で7回再燃したが予防内服で再燃なし

GGS: G群レンサ球菌, GBS: B群レンサ球菌, GAS: A群レンサ球菌

歴があったことから、妻の膿の培養も行った。しかし患者の血液培養と亀頭から検出されたGGSは妻の膿の培養からは検出されなかった。自験例はCMLに対してチロシンキナーゼ阻害薬であるダサチニブを内服し寛解維持していた。ダサチニブ治療中の小児/思春期のCML患者6人中3人に皮膚軟部組織感染症を生じた報告があり⁵⁾、ダサチニブをアシミニブに変更したが丹毒は再発した。陰嚢に湿疹があり、細菌の侵入門戸となった可能性を考えた。湿疹の治療を行ったが再発を繰り返した。丹毒は治療後40%程度が再発する⁶⁾。この理由は、一度丹毒になるとリンパ管が傷害されリンパ浮腫をおこしやすくなることや、レンサ球菌が細胞内寄生菌として維持されるためβラクタム系抗菌薬では完全に排除できないことなどが考えられている⁷⁾。

これまで丹毒の起炎菌はほとんどがGASであると言われてきた。しかし、近年ではGASよりもGBSやGGSが多く検出されるようになった。GGSはヒトの口腔、上気道に常在する。GGSはGASが持つ付着や免疫回避、組織侵襲性に関わる遺伝子を認めず弱毒菌と考えられているが、宿主細胞への接着や組織壊死や組織拡散を助長する因子はGASと共通している。そのため悪性腫瘍、心疾患、糖尿病などを有する高齢者においては、GASと同様に皮膚軟部組織感染症の原因となるため注意が必要である⁸⁾。また陰嚢や陰茎には皮下組織が存在せず、血流に乏しい結合組織からなる白膜が真皮直下で睾丸や陰茎を覆っている。このことからいったん真皮内に細菌感染が生じると急激に拡大して丹毒に進行する可能性を考えた。陰部の丹毒を疑った場合には早急な治療開始が必要である。

最後に習慣性丹毒に対する予防内服について考察する。習慣性丹毒に対する予防内服には確立した指針はない。Dalalらのレビュー⁹⁾によると、抗菌薬予防内服は再発リスクを56%減少させる。しかし抗菌薬の予防効果は内服を終了すると持続しなかった。予防内服で使用された抗菌薬はペニシリン250mg 1日2回が多かった⁶⁾。自験例でも退院後3週間アモキシシリン250mg×3回/日を内服したが、内服を終了するとすぐに再燃した。現在アモキシシリン250mg×2回/日の予防内服を継続しており再燃はみられていない。再燃予防には継続した内服が必要と思われる。既報告例では1年で内服を終了しているものが多く、本症例でも、同程度の投与期間を考えている。耐性菌の出現率については、現在までのところ報告例がなく今後の課題である。

おわりに

非常に稀な陰部習慣性丹毒の男性例を経験した。アモキシシリンの予防内服を行い効果を呈した。

利益相反

本論文に関して、開示すべき利益相反なし。

引用文献

- 1) A Carlino, P Calzavara - Pinton, : Linfedema persistente del pene e dello scroto successive ad episodi recidivanti di cellulite ed uretrite da Chlamydia trachomatis. G Ital Dermatol Venereol 1989 ; 124 : 303-5
- 2) Mendelson J, Miller M : Streptococcal Venereal Edema of the Penis. Clin Infect Dis 1997 ; 24 : 516-7
- 3) Bardapure M, Vaswani N : Cellulitis of the penis. a case report : BMJ Case Rep 2009 ; doi : 10. 1136/bcr. 01. 2009. 1457
- 4) 山野志真, 原口貴裕, 村蒔基次, 他 : 陰茎および陰嚢に発生した習慣性丹毒. 泌尿紀要 2015 ; 61 : 128
- 5) Uchida E, Saito S, Morita D, et al : Skin and soft tissue infections in adolescent chronic myeloid leukemia under dasatinib treatment. Pediatr Blood Cancer 2022 ; 69 : e29714
- 6) Thomas K S, Crook AM, Nunn AJ, et al : Penicillin to Prevent Leg Cellulitis. N Engl J Med 2013 ; 368 : 1695-703
- 7) Jendoubi F, Rohde M, Prinz J C : Intracellular Streptococcal Uptake and Persistence : A Potential Cause of Erysipelas Recurrence. Front Med 2019 ; 6 : 6
- 8) 盛山吉弘 : レンサ球菌による皮膚軟部組織感染症. 日皮会誌 2020 ; 130 : 2361-6
- 9) Dalal A, Eskin-Schwartz M, Mimouni D, et al : Interventions for the prevention of recurrent erysipelas and cellulitis (Review) . Cochrane Database Syst Rev 2017 ; doi : 10.1002/14651858. CD009758. pub 2

A man with genital recurrent erysipelas seven times in 1 year

Ayaka IWAWAKI¹⁾, Yasutoshi HIDA¹⁾, Riho NAKANO²⁾, Hirofumi BEKKU³⁾, Mikako ONISHI⁴⁾

1) Division of Dermatology, Japanese Red Cross Tokushima Hospital

2) Division of Dermatology, Japanese Red Cross Tokushima Hospital,
Currently Tokushima University Hospital

3) Division of Hematology, Japanese Red Cross Tokushima Hospital

4) Division of Obstetrics and Gynecology, Japanese Red Cross Tokushima Hospital

Erysipelas is a dermis infection that often affects the face and extremities ; however, genital erysipelas is rare. We report our experience with a case of genital recurrent erysipelas seven times in 1 year. A 39-year-old man presented with fever, swelling, and erythema of the penis and scrotum in July 20XX. He was treated with antibiotics at a nearby hospital. Four months later, he presented with the same clinical symptoms and was referred to our department. He had a medical history of chronic myeloid leukemia, and he received dasatinib treatment 3 years ago. We diagnosed him with genital erysipelas and prescribed antibiotics, and his condition improved. He had eczema on his scrotum ; we thought the small injuries caused by scratching allowed bacteria to enter. We prescribed topical steroids and antihistamines to control eczema ; however, erysipelas in the same area frequently recurred. A group G streptococcus (GGS) was isolated from his specimens. After the fourth onset, we continued amoxicillin as a preventive medication. Considering the involvement of dasatinib, we changed it to asciminib ; however, the disease relapsed after discontinuing amoxicillin. We examined his wife's vaginal bacteria, but the culture result demonstrated negative for GGS. He is currently taking preventive medication and has not experienced any recurrence.

Keywords : genital erysipelas, group G streptococcus, amoxicillin to prevent recurrent erysipelas

Japanese Red Cross Tokushima Hospital medical journal 29 : 39-42, 2024
