

ブドウ膜炎を契機に診断された過粘稠性 *Klebsiella pneumoniae* による多臓器感染の一例

◎石川 寛太<sup>1)</sup>、鷺尾 洋平<sup>1)</sup>、杉本 諒司<sup>1)</sup>、青木 美滂<sup>1)</sup>、篠山 明宏<sup>1)</sup>、井上 淳<sup>1)</sup>、遠藤 康実<sup>1)</sup>、大楠 清文<sup>2)</sup>  
日本医科大学付属病院 臨床検査部<sup>1)</sup>、東京医科大学 微生物学分野<sup>2)</sup>

背景：多臓器播種病変を引き起こす高病原性 *Klebsiella pneumoniae* は、莢膜産生量が増加し、二次的に眼内炎や敗血症などを発症することが多く、重篤化する。その莢膜抗原型は K1 抗原や K2 抗原を示し *magA* 遺伝子や *rmpA* 遺伝子の過剰発現が報告されており、臨床的には string test にて過粘稠性株を推定できる。今回、抗菌薬投与後も眼球前房水より PCR 検査にて過粘稠性 *K. pneumoniae* を検出し得た 1 例を報告する。

症例：40 歳代、男性。30 歳代より 2 型糖尿病を指摘されていた。右視力低下にて近院を受診。ブドウ膜炎の診断にて、当院へ紹介。右眼に低眼圧、左眼に増殖前網膜症、血液検査で WBC 17400/ $\mu$ L (好中球 91.5%)、CRP25.88mg/dl、Glu 539mg/dl、HbA1c 11.3% を認め、糖尿病性または感染症性のぶどう膜炎および内因性眼内炎が疑われ、精査加療のため入院。入院時、意識清明 血圧 133/73mmHg、体温 38.8°C、血液検査及び尿検査にて細菌感染を認めた。腹部造影 CT 検査では腎・前立腺膿瘍および右腎静脈～下大静脈血栓症を認め、抗凝固療法および持続インスリン静注療法、

MEPM と VCM の投与が開始された。

微生物学的検査：入院時の血液培養は、10 時間で陽転、グラム染色で腸内細菌目細菌を疑うグラム陰性桿菌を認めた。第 2 病日 血液寒天培地にムコイド状コロニーを認め、質量分析検査で *K. pneumoniae* と同定、string test 陽性であることから高病原性株 *K. pneumoniae* と推定され、第 4 病日に VCM を中止。第 7 病日より MEPM から高容量 CTRX に変更、以後順調に経過し、第 59 病日に退院。尚、第 5 病日に採取した右眼前房水の細菌培養検査は陰性であったが、後日 PCR 法にて *K. pneumoniae* の K1 抗原及び *magA* 遺伝子が検出された。

考察：質量分析検査が普及した現在でも、多臓器感染症を伴った *K. pneumoniae* 感染症において string test は、過粘稠性 *K. pneumoniae* を示唆し、臨床診断の傍証となる迅速かつ有用な検査と考えられた。また、抗生剤開始後の前房水培養検査で陰性検体においても PCR 法により過粘稠性 *K. pneumoniae* を示唆することが可能であり、将来 迅速診断に有用かつ鋭敏な検査と考えられた。 03-3822-2131