

ワクチン接種後の後遺症が疑われる※症例(重篤)

※抽出基準：転帰が後遺症の症例

令和3年10月1日～令和3年12月31日入手分まで

期間	評価	No.	ワクチン名	年齢・性別	基礎疾患等	経過	接種後日数	症状名	転帰	専門家評価	専門家の意見
報告対象期間前	再評価	1	ロタテック(N027447) アクトヒブ(N1L23) プレベナー13(W12387) クアトロバックス(A0440)	4ヶ月・男性	なし	別紙1参照		サイトカインストーム ショック 下痢 不全麻痺 会話障害 嘔吐 多臓器機能不全症候群 播種性血管内凝固 断生児痙攣 気分変化 溶血性貧血 炎症マーカー上昇 痙攣発作 発熱 発達性会話障害 胸水 脳出血 腎機能障害 腹水 腹部膨満 血便排泄 血栓性微小血管症 運動発達遅滞 選択的摂食障害 電解質失調 非定型溶血性尿毒症候群	回復 回復 軽快 不明 不明 回復 回復 軽快 回復 回復 不明 回復 軽快 回復 回復 回復 回復 回復 軽快 不明 回復 回復 後遺症あり	γ	本症例のような病状経過を呈した場合、通常はワクチン以外の原因によるもの、あるいは原因を特定できない特異性のものが多いと考える。ただし、本症例はワクチンを接種した3日後に発症しており、時間的な前後関係からはワクチンによる影響を完全に否定できるものではない。
報告対象期間内		2	乾燥BCGワクチン* 日本BCG(KH284)	10ヶ月・女性	なし	別紙2参照		リンパ節炎 骨結核	不明 後遺症あり	α	病巣から微生物学的にBCGワクチン株は検出されていないが、臨床経過や生検組織の病理学的所見、治療への反応性などから総合的に判断すると、BCGワクチンが原因の可能性が高いと考える。
報告対象期間内		3	アクトヒブ(T1D15) プレベナー13(EG8873) ミールビック(MR343) 乾燥弱毒生水痘ワクチン(岡株)* 阪大微研(VZ318) おたふくかぜ生ワクチン「第一三共」(ZVA039A)	1歳・男性	不明	【接種日】令和3年10月20日 【概要】2021/11/6の朝より発熱、活気不良を認め、夜間に救急外来を受診した。受診時より、意識障害を認めており、翌日頭部MRIを施行し、急性散在性脳脊髄炎(ADEM)と診断された。ステロイドパルス、アムピシリンの投与を開始し、翌日には免疫グロブリン投与を行ったが、意識レベルの改善なく、瞳孔不同を認めた。多呼吸、シーソー呼吸をきたし、挿管、集中治療室に入室した。ステロイドパルス2コース目施行したが、頭部MRIにて、多発白質出血を認め、脳波は平坦化していた。脳圧亢進著明であり、その後も血圧や心拍数など変動激しく、治療に難渋した。その後も、エンドキサンパルスやステロイドパルスなど治療を行ったが、改善は認めなかった。 11/24気管切開し、集中治療室を退室。自己抗体や各種感染症、代謝疾患や遺伝性疾患など精査を重ねるも、明らかな原因は特定できなかった。専門施設に相談し、劇症型急性散在性脳脊髄炎/出血性白質炎の診断に至った。現在、自発呼吸なく、呼吸器による管理、弛緩性麻痺を呈しており、全身管理による療養中である【出生体重】2956g 【家族歴】特記すべきことなし 【他要因(他の疾患等)の可能性の有無】無 【発生日時】令和3年11月6日 【症状の程度】重く一障害、入院 【症状の転帰】後遺症(症状:広範な脳機能障害による寝たきり)	2021/10/20 接種当日 2021/11/6 接種17日後	急性散在性脳脊髄炎	後遺症あり	γ	
報告対象期間内		4	乾燥弱毒生麻しん風しん混合ワクチン* 武田薬品(Y270) 乾燥弱毒生水痘ワクチン(岡株)* 阪大微研(VZ387) インフルエンザワクチン(HA203C) アクトヒブ(R1E01) プレベナー13(CK7441)	1歳・女性	熱性痙攣	本例は、医薬品医療機器総合機構を通じて入手した小児科医による副反応報告症例(厚生労働省受付番号:V21102208)であり、その後、同医師により報告された。 生来健康、発達も正常な患者。 2020/11/04 MRワクチン(Y270、第1期1回目)「タケダ」、水痘ワクチン(VZ287、第1期1回目)「ビケン」、インフルエンザワクチン(HA203C、2回目)「ビケン」定期・任意予防接種。 2020/11/07 Hibワクチン(R1E01)「サノフィ」、肺炎球菌プレベナー13V(CK7441)「ファイザー」予防接種。 2020/11/10 38℃の発熱。 日付不明 その後、一旦解熱。 2020/11/13 夕方に再度38℃の発熱。同日17:50、強直間代痙攣(左右差あり)を生じ、前医(他院A)へ救急搬送。18:30、ジアゼパム(DZP)3mgをivにて2回投与され18:50頃に意識は軽微、頭部CT検査では明らかな異常所見なし、付添い希望あり、前医から当院へ転院。当院到着時に痙攣あり、21:55、DZP3mgをivにて痙攣は軽微。髄液検査、異常なし。ベッドサイド脳波、高振幅徐波の持続あり、急性脳症が疑われた。ステロイドパルス治療、マンニトール、抗菌薬、抗ウイルス薬(アムピシリン)、抗痙攣薬(フェニバル)などの治療を開始。COVID-19、FluA/B、Adeno、溶連菌(迅速抗原)すべて陰性。髄液ウイルス検査(POR):HSV1/2、VZV、HHV-6、HHV-7すべて陰性。当院入院時の血清、髄液における感染症サーベイランス(衛生研究所):血液、髄液ともにウイルス不検出(エンテロウイルス遺伝子、単純ヘルペスウイルス1型・2型遺伝子、水痘・帯状疱疹ウイルス遺伝子、アデノウイルス遺伝子、ヒトパルコウイルス遺伝子、ムンプスウイルス遺伝子、ヒトメタニューモウイルス遺伝子、ヒトヘルペスウイルス6・7遺伝子)。血液検査で肝機能障害、凝固異常の悪化あり。 2020/11/14 意識レベルの回復なく、集中管理が必要と判断し他院BのPICUへ転院。PICUで挿管、人工呼吸、平温療法を開始。mPSL pulse(2020年11月16日まで)、ACV(2020年11月19日まで)、CTX(2020年11月20日まで)投与。 2020/11/20 脳MRI検査を行い、その後抜管。MRIで右大脳半球優位にbright tree appearance(BTA)を認め、痙攣重複型急性脳症(AESD)の診断が確定。 2020/11/24 PSL投与を終了。 2020/11/25 当院へ転院。リハビリテーションを開始。 2020/11/26 経口摂食を開始。 2020/12/19 自宅へ退院。退院時には左不全片麻痺があり、入院前ではできていたハイハイ、つかまり立ちができなくなっていた。また脳波でてんかん性異常が明らかであり、抗てんかん薬(フェニバル、リボトリール)を内服。片側けいれん-片麻痺-てんかん症候群(HHE)と考えられる。痙攣重複型急性脳症は回復したが後遺症あり。 2021/01/06 肝機能障害、凝固異常の悪化回復。 2021/03/11 後遺症(左不全片麻痺、症状でてんかん)あり。 2021/05/28 片側けいれん-片麻痺-てんかん症候群(HHE)回復したが後遺症あり。	2020/11/4 接種当日 2020/11/7 接種3日後 2020/11/10 接種6日後 2020/11/13 接種9日後 2020/11/14 接種10日後 2020/11/20 接種16日後 2020/11/24 接種20日後 2020/11/25 接種21日後 2020/11/26 接種22日後 2020/12/19 接種45日後 2021/1/6 接種63日後 2021/3/11 接種127日後 2021/5/28 接種205日後	凝血異常 片側痙攣・片麻痺・てんかん症候群 肝機能異常 脳症	回復 後遺症あり 回復 後遺症あり	γ	ワクチン接種との時間的関連や、他の原因が特定されていないことから因果関係は肯定も否定もできない。

報告対象期間前	判明	5	シングリックス(ZS003)	69歳・女性	糖尿病 高血圧	<p>本例は医師からの報告。情報入手経路は医薬情報担当者。</p> <p>患者: 69歳、女性 被疑薬品: 乾燥組換え帯状疱疹ワクチン(チャイニーズハムスター卵巣細胞由来)(シングリックス筋注用)注射用(水溶液)(使用理由:ウイルス感染予防)、バルトレックス錠(バラシクロビル塩酸塩)錠剤(使用理由:顔面神経麻痺) 現病: 高血圧(コントロール良好)および糖尿病(コントロール良好) 2021年03月22日 シングリックス筋注用(筋肉内)0.5ml(1回目)接種。 2021年05月15日 顔面神経麻痺(重篤性:企業重篤)を発現。 2021年05月19日 バルトレックス投与開始。 2021年05月24日 バルトレックス投与終了。 年月日不明 軽度麻痺残存。 顔面神経麻痺の転帰は回復(後遺症あり)。 治療薬品: バルトレックス錠(バラシクロビル塩酸塩)、メチコパール(メコバラミン)およびユベラ(トコフェロール酢酸エステル) 適応外使用の背景(処方医師の意見): 意図的な適応外使用。 特別な理由や意図: H-zosterの活動性増悪の可能性も考え。 顔面神経麻痺詳細 顔面麻痺: 末梢性 発現部位: 左顔面 運動麻痺以外の随伴症状: 無 麻痺の既往有無: 無 MRI等頭部画像所見: 異常なし 顔面神経麻痺に対する治療: 有</p>	<p>2021/3/22 接種当日</p> <p>2021/5/15 接種54日後</p> <p>2021/5/19 接種58日後</p> <p>2021/5/24 接種63日後</p>	顔面麻痺	後遺症あり	γ
報告対象期間内		6	インフルエンザHAワクチン「KMB」(464A)	69歳・女性	なし	<p>2020/10/19* 接種前体温:36.3℃、予診票での留意点:なし 高齢者インフルエンザ予防接種目的に当院初来院。 問診上、身体所見上も特に問題なく、予防接種を実施。 11:42 担当看護師が左上腕に、1回目インフルエンザHAワクチン「KMB」(ロット番号464A)接種を行った。 接種直後より注射部位の疼痛を感じた。注射部位付近が痛かったとのこと。 複合性疼痛症候群疑いが発現。 2021/04/13 Aクリニック受診。 2021/05/23 本人に恐怖感があったためか、疼痛の申し出なく、その後も本人が我慢していたため、始めてこの症状が副反応の疑いとして認知されたのは、2021/4/13にAクリニックを受診して症状を訴えたことによる。周囲の勧めもあり、当院受診。 接種後から、疼痛のため左腕を下にして眠れない、痛くて手が伸ばせない等の症状が継続している。 2021/05/24 現在も症状があるとのこと。 視診上の異常は認められない。 複合性疼痛症候群疑いの転帰は後遺症あり(症状:疼痛のため左腕を下にして眠れない、痛くて手が伸ばせない等の症状が継続)。</p>	<p>2020/10/19 接種当日</p> <p>2021/4/13 接種176日後</p> <p>2021/5/23 接種216日後</p> <p>2021/5/24 接種217日後</p>	複合性局所疼痛症候群	後遺症あり	γ
報告対象期間内		7	インフルエンザHAワクチン	71歳・女性	不明	<p>【接種日】令和3年10月7日 【概要】2011年12月 インフルエンザワクチン接種。2012年1月 ギラン・バレー症候群を発症。四肢筋力低下と感覚障害があり、ギランバレー症候群の診断。免疫グロブリン大量療法を2回行い、半年間リハビリ入院。その後約1年かけてADL自立まで回復。 今回は2021年10月7日他院でインフルエンザワクチンを10年ふりに接種。 10月26日ごろより、歩行障害、下肢の感覚鈍麻が出現し、徐々に増悪。11月6日 独歩困難となり当院受診。緊急入院。神経伝導検査で高度の脱髄性ニューロパチーを認め、ギラン・バレー症候群の診断。免疫グロブリン大量療法を2回行ったが、歩行障害、四肢の失調は残存。12月24日にリハビリ転院。 【他要因(他の疾患等)の可能性の有無】無 【発生日時】令和3年10月26日 【症状の程度】重篤→障害につながるおそれ、入院 【症状の転帰】転帰日:令和3年12月24日 後遺症(症状:歩行障害、四肢失調)</p>	<p>2021/10/7 接種当日</p> <p>2021/10/7 接種当日</p> <p>2021/10/26 接種19日後</p> <p>2021/11/6 接種30日後</p> <p>2021/12/24 接種78日後</p>	ギラン・バレー症候群	後遺症あり	α

別紙 1

"2021/02/22、医師より医薬品医療機器総合機構（V20100811）経由で本症例に関する追加情報を入手した。

本症例は下列の既発表学会抄録より入手した。

清水 隆弘, 渡辺 稔彦, 田端 秀之, 石丸 雅矩, 煙石 真弓, 森 昌玄 et al.

P11-3 乳児期発症の原因不明の多臓器不全に対し、外科的介入、腎代替療法を含む集中治療によって救命できた1例

第27回小児集中治療ワークショップ 333

医師より4か月男児患者の情報を入手。

男児には、原疾患・合併症はなかった。

予診票での留意点（基礎疾患、アレルギー、最近1か月以内のワクチン接種や病気、服薬中の薬、過去の副作用歴、発育状況等）：なし。家族歴は特記事項なし。出生体重：3067グラム。

予防のため、5価弱毒生ロタウイルスワクチン内用液剤（ロタテック内用液）2mlを2019/01/28に2回目接種した（ロット番号：N027447）。

その他の被疑薬として、乾燥ヘモフィルスb型ワクチン（破傷風トキソイド結合体）（アクトヒブ）（Hibワクチン）（接種日：2019/01/28、使用理由：予防接種、ロット番号：N1L23、接種量：報告されていない）、沈降精製百日せきジフテリア破傷風不活化ポリオ混合ワクチン（クアトロバック）（接種日：2019/01/28、使用理由：予防接種、ロット番号：A044C、接種量：報告されていない）、沈降13価肺炎球菌結合型ワクチン（無毒性変異ジフテリア毒素結合体）（プレベナー13）（接種日：2019/01/28、使用理由：予防接種、ロット番号：W12387、接種量：報告されていない）があった。

2019/01/28、接種前の体温：36.7°C。（当院受診の5日前）軟便が頻回に見られたが、活気あり、発熱もなかったため、午後2時20分4か月の患者が近医で2回目の5価弱毒生ロタウイルスワクチンを他のワクチン（乾燥ヘモフィルスb型ワクチン（破傷風トキソイド結合体）（3回目）、沈降13価肺炎球菌結合型ワクチン（無毒性変異ジフテリア毒素結合体）（3回目）、沈降精製百日せきジフテリア破傷風不活化ポリオ混合ワクチン（2回目））と同時接種した（前述）。

2019/01/31 19:00（当院受診の2日前）、夜に38度台の発熱、機嫌不良（不機嫌）、哺乳不

良、下痢、尿不良、粘血便、傾眠傾向を認めた。非典型溶血性尿毒症症候群(aHUS)が発症(aHUSが発現)。

2019/02/01、多量に嘔吐し近医を受診し、CRP：4.45mg/dLで血便もあり細菌性腸炎と診断された。血液検査で白血球：23100/ μ L、CRP：5.94mg/dLと炎症反応は高値であったため緊急他院へ紹介、入院となった。同院で、地方の病院で診られていたが、かなりお腹に水が溜まっていた。熱源は不明だったが髄膜炎を念頭に抗菌薬の治療が開始された。腹部膨満が顕著となり腹膜炎を疑われた。腹部膨満、炎症反応高値、けいれんが発現。他に外科的な手術が必要でないかを調べたようであるがそれは問題なかったようである。

2019/02/02、尿・髄液検査に異常なく、アンピシリンナトリウム(ABPC)+セフォタキシムナトリウム(CTX)投与開始となるも腹満著明で腹部コンピュータ断層撮影(CT)にて腹水貯留あり腹膜炎疑いで報告者病院に搬入。前医から救急車へ移乗する直前に全身性痙攣を発症して抗痙攣薬を投与され、搬送時、胸水がたまって、次第に増大し、来院時の意識レベルはGCS9点であった。150台の頻脈、四肢冷感を認め、腹部は著明に膨満していた。腹部超音波検査では拡張した小腸ループは認めなかったが、上腸間膜動脈と上腸間膜静脈の描出困難で、小腸捻転を含む急性腹症を否定できず、試験開腹手術が施行された。

緊急手術となったが、外科的処置を必要とする所見はなく、試験開腹で終了となった。開腹所見では、白濁した多量の腹水を認める他は、腸管、腹膜に明らかな異常は認めなかった。術後、胸腹水が大量貯留し、血管外への水分漏出が増悪し、ショック、呼吸不全、腎不全に陥った。呼吸を保てなくなり、気管挿管の上、集中治療室(ICU)にて挿管人工呼吸管理となった(高サイトカイン血症、電解質異常が発現)。Culture stool：negative。

2019年、検査所見や直腸内も見ただが腸重積の兆候はなく、所見とは合わなかった。

2019/02/03(術後1日目)、全身の著明な浮腫は継続的に増悪し、播種性血管内凝固症候群(DIC)、多臓器不全を合併、ノルアドレナリン(ノルアドレナリン)投与を要するショック状態となった。腎機能障害、胸水貯留、腹水貯留、ショック、DIC、多臓器不全が発現。Culture stool：negative。

2019/02/04、ショックに対して、昇圧剤を開始。DICへの治療開始。胸腔ドレーン留置。高サイトカイン血症が発現。血圧は保たれるようになったものの無尿となり、電解質異常、腎機能障害を認めた。Serum procalcitonin(基準値-0.05)：62.9ng/mL、Serum ferritin(基準値：39.4-340)：12491ng/mL。

2019/02/05、ワクチン接種に伴う高サイトカイン血症が疑われ、デキサメタゾン(デキサメタゾン)の投与開始した。

2019/02/06、体液貯留、腎機能障害は変わらず、持続的血液透析濾過法(CHDF)開始。炎症反応低下後も、DICはコントロールつかず経過した。

2019/02/07(術後5日目)、無尿状態が続いた。急性腎不全のため持続的腎代替療法(持続的血液濾過透析)を導入。

2019/02/10、電解質異常は回復。

2019/02/11、破碎赤血球が認められた。血栓性微小血管症(TMA)、溶血性貧血が発現。

2019/02/12、便中腸管出血性大腸菌感染症（O - 157）抗原が陽性となるも、入院時の便培養はない。他に O - 157 感染を証明する所見はなく aHUS とした。精査で aHUS と診断した。

2019/02/13（術後 11 日目）、破碎赤血球が出現し、血漿交換も合わせて施行し、血液浄化療法が total3 週間となったが、DIC、溶血性貧血の所見は変わらなかった。培養検査で有意菌の検出なく、乳児期発症、原因不明の急性腎不全、血小板減少、高 LDH 血症、末梢血液中の破碎赤血球の存在（血小板減少、高 LDH 血症が発現）、ADMTS13 活性が 50%以上などの所見から補体制御因子の先天的な異常による aHUS の可能性が考慮された。O-157 便中の抗原は陽性（誤検知の可能性あり）。

2019/02/15、高サイトカイン血症は回復。

2019/02/27（術後 25 日目）、家族へ説明の上、エクリズマブ（遺伝子組換え）（エクリズマブ（遺伝子組換え））の投与を開始した（投与量不明）。エクリズマブ（遺伝子組換え）投与により、血小板上昇傾向、DIC 改善傾向であり、エクリズマブ（遺伝子組換え）の効果が期待されている。

2019/03/06、エクリズマブ（遺伝子組換え）2 回目の投与を行った。

2019/03/07（術後 33 日目）、連日の血小板輸血から離脱した。

2019/03/08、左頭頂葉の脳出血合併がみられた。

2019 年、頻回の血漿交換、輸血を要した。

2019/04/09（術後 66 日目）、人工呼吸器、透析を離脱。検査。

2019/04/12、酸素投与中止した。

2019/04、肝機能障害発現。

2019/04/15、徐々に自力での排尿があり、透析は離脱できた。エクリズマブ（遺伝子組換え）は肝機能障害にて 2 回投与後中止した。腎機能障害、胸水貯留、腹水貯留、ショック、DIC は回復。左脳出血、TMA、溶血性貧血は軽快。

2019/04/29、不機嫌、傾眠傾向、哺乳不良、粘血便、炎症反応高値、腹部膨満、けいれん、発熱、嘔吐は回復。

2019/05/20（術後 107 日目）、一般病棟へ転棟となった。

2019/05/28、15:20、右大腿骨髓炎発現した。

2019/07/16、7:00、自己免疫性好中球減少症発現した。右大腿の骨髓炎は回復。

2019/11/15、固形食品（離乳食）を開始した。

2020/02/07、aHUS は回復したが、脳出血の後遺症があった。退院。非典型溶血性尿毒症症候群は緊急治療室および診療所受診を要し、外来通院を継続している。

2020/11/17、沈降 13 価肺炎球菌結合型ワクチン接種。有害事象は見られなかった。

2020/12/08、脳 MRI スキャンで脳出血後に血腫の縮小傾向が示された。

2020/12/14、乾燥ヘモフィルス b 型ワクチン、沈降精製百日せきジフテリア破傷風不活化

ポリオ混合ワクチン/破傷風ワクチントキソイド接種。有害事象は見られなかった。

2021/02/02、DPT-IPV（ジフテリア、百日咳、破傷風、不活化ポリオ）3回目、乾燥ヘモフィルスb型ワクチン3回目接種。有害事象は見られなかった。

2021/03/02、乾燥弱毒生麻しん風しん混合ワクチン（MR（麻しん風しん混合））1回目接種したが、有害事象は見られなかった。

2021/03時点で、有害反応は認められなかった。aHUSは回復したが後遺症あり。

2021/03/04時点で、自己免疫性好中球減少症は回復していない。

日付不明、右半身不全麻痺がある患者において脳出血に伴う障害または後遺症が生じ、微細な運動が難しいほか、運動発達遅滞があり、2歳6ヵ月時に立位をとることや独歩することができなかった。また、言語発達遅滞もあり、喃語にとどまっている（会話障害、発達性会話障害、不全麻痺、運動発達遅滞が発現）。

報告時点で、下痢、肝機能障害は改善していた（下痢、肝機能障害は軽快）。多臓器不全、血小板減少、高LDH血症、会話障害、発達性会話障害、不全麻痺、運動発達遅滞の転帰は不明。経過中に脳出血を合併し現在嚥下障害を認めるが、経管栄養を行いながら経口リハビリ中。遺伝子検査を実施するためのIRBのハードルが高く、結果的に検査が未実施。

患者の経験に関する追加資料として既発表論文のコピーを添付する。

5価弱毒生ロタウイルスワクチンのロット番号[N027447]は自社管理品であることが確認された。"

別紙 2

"2019/03/22

生後 7 ヶ月時、BCG 接種を受けた。

2019/06*

左頸部リンパ節炎の診断で近医に 1 週間入院。

抗菌薬で治療。

2019/11*

BCG 接種痕（のうちの一つ）の発赤があり、近医の小児科医を受診し、リドメックス軟膏を処方され塗布。

2020/01*

BCG 接種痕の（発赤の）増悪、腫脹があった。

近医で非ステロイド外用を使用。

2020/07/21

当院皮膚科受診。

ステロイド外用で増悪の可能性を指摘。

経過観察。（時折、浸出液があり。）

2020/12 上旬*

左足の母趾をあげて歩くようになった。

2021/01/09 頃

左踵をつかないでつま先で歩くようになった。

2021/01/22

当院整形外科受診。

MRI を予約。

2021/02/01

MRI にて左踵骨骨髓炎の診断。

（症状が軽く、）急性炎症所見に乏しく、非感染性の判断。

（典型的な化膿性骨髓炎が否定的なことから、）リウマチ科に紹介。

（非化膿性骨髓炎として）ナイキサンを内服するも反応が乏しい。

2021/03/25

（確定診断のために）他の大学病院整形外科に紹介。

入院の上、骨生検を実施。

病理は、類上皮細胞の集簇、肉芽腫性炎症、抗酸菌培養、塗抹、PCR は全て陰性。

慢性炎症を伴う骨髓炎で非感染性の判断で当院の整形外科・リウマチ科でフォロー。

2021/05

跛行が増悪。

2021/06/25

リウマチ科にて慢性再発性多発性骨髄炎の単病変の診断でエタネルセプト、メトトレキサートを開始。

一旦、改善傾向。

2021/08

左踵の周囲の腫脹が増悪。

2021/09/07

MRI で左踵骨髄炎の増悪。

(踵骨全般に拡がる骨髄) 浮腫の増強、骨破壊 (外側骨皮質が断裂して液体貯留を認め)、膿瘍形成の疑い。

免疫抑制剤 (エタネルセプト、メトトレキサート) は中止。

2021/09/21

当院の整形外科で入院の上、2 度目の (踵骨の) 骨生検を施行。

乾酪壊死を伴う類上皮細胞性肉芽腫性炎症の病理所見。

抗酸菌性左踵骨髄炎が考えられた。

骨の細菌培養、抗酸菌培養、結核菌群 PCR、MAC の PCR はいずれも陰性。

研究所に抗酸菌 PCR を依頼するも陰性。

(家族内の結核の病歴および結核の接触歴なし。IGRA は陰性。ツベルクリン反応は強陽性。)

2021/09/24

退院。

2021/10/01

感染症科の外来に紹介。

BCG 左踵骨髄炎の診断。

イスコチン、リファンピシンの内服を開始。

(1 ヶ月後の段階で反応は良好で、腫脹や跛行は改善してきている。)

2021/12/01

左踵の跛行は改善傾向。

治療にも反応良好。

軽度の跛行は残存。

【臨床検査値】

X-P (単純) : 左踵骨髄炎

MRI : 左踵骨髄炎

菌の検出 : なし

BCG との同定：なし"