

この人に聞くコーナー

「骨・関節感染症について」



晴生会 さっぽろ南病院 整形外科
藤田 正樹先生

藤田 正樹（ふじたまさき） 略歴

- | | | |
|-------------------------|--|------|
| 1945 年（昭和 20 年）3 月 31 日 | 網走に生まれる。 | 73 歳 |
| 1963 年（昭和 38 年） | 北海道札幌南高校を卒業。 | |
| 1965 年（昭和 40 年） | 北海道大学医学進学課程に入学。 | |
| 1971 年（昭和 46 年） | 北海道大学医学部を卒業。
北海道大学医学部整形外科講座に入局。
北海道大学医学部付属病院研修医。 | |
| 1972 年（昭和 47 年 4 月） | 市立札幌病院整形外科に勤務。 | |
| 1973 年（昭和 48 年 4 月） | 北海道大学医学部付属病院研修医。 | |
| 1973 年（昭和 48 年 10 月） | 日本製鋼所室蘭病院整形外科に勤務。 | |
| 1974 年（昭和 49 年 10 月） | 国立療養所西札幌病院に勤務。 | |
| 1975 年（昭和 50 年 10 月） | 北海道大学医学部付属病院無給副手として勤務。 | |
| 1977 年（昭和 52 年 4 月） | 国立療養所札幌南病院に勤務。 | |
| 1979 年（昭和 54 年 4 月） | 国立療養所札幌南病院に勤務しながら北海道大学
免疫研究所病理部門にて研究を開始。 | |
| 1988 年（昭和 63 年 3 月） | 「マウスにおけるⅡ型コラーゲン誘導関節炎の発症
及び制御の研究」で学位取得。 | |

1989 年（平成元年 4 月）	国立療養所札幌南病院整形外科医長。
2004 年（平成 16 年 4 月）	独立行政法人 国立病院機構 札幌南病院に移管。 国立病院機構札幌南病院 整形外科医長。
2008 年（平成 20 年 4 月）	独立行政法人 国立病院機構 西札幌病院へ配置換え。 国立病院機構西札幌病院 整形外科医長となり 札幌南病院整形外科医長も併任。
2008 年（平成 20 年 7 月）	札幌通信病院整形外科部長に就任。
2010 年（平成 22 年 3 月）	札幌通信病院定年退職。
2010 年（平成 22 年 4 月）	引き続き札幌通信病院に期間雇用社員として勤務。 （整形外科専任部長）
2016 年（平成 28 年 3 月）	札幌通信病院退職。
2016 年（平成 28 年 4 月）	医療法人五輪橋整形外科病院勤務。愛育病院整形外科外来 担当。
（平成 28 年 5 月）	新川新道整形外科病院外来担当。
2017 年（平成 29 年 3 月）	愛育病院整形外科外来担当を辞職。
2017 年（平成 29 年 4 月）	医療法人晴生会 晴生会さっぽろ南病院整形外科外来担当。
2018 年（平成 30 年 3 月）	医療法人五輪橋整形外科病院と新川新道整形外科病院外来担当 を辞職。

役職

日本骨・関節感染症学会名誉会員（平成 21 年度第 32 回日本骨・関節感染症学会会長）。 東日本整形災害外科学会評議員（平成 18 年）。
日本結核病学会北海道支部評議員。
元北海道整形外科勤務医会会長。元日本整形外科勤務医会副会長
北海道大学遺伝病制御研究所免疫生物部門同門会会長（平成 21 年 3 月）。
北海道社会保険診療報酬請求書審査委員（平成 27 年 5 月退職）。

学会

日本整形外科学会会員。 日本リウマチ学会会員。
日本リハビリテーション学会会員。日本結核病学会会員。
日本脊椎脊髄病学会会員。日本骨・関節感染症学会会員。
東日本整形災害外科学会会員。北海道整形災害外科学会会員。

専門医・認定医

日本整形外科学会専門医。 日本リウマチ学会専門医。

日本リハビリテーション医学会認定臨床医。

賞罰 北海道大学医学部整形外科学術奨励賞（昭和 63 年度）

日本整形外科学会功労賞（平成 24 年 5 月）

資格免許 昭和 46 年 6 月 医師免許

外来で、骨・関節感染症に関する疾患の診断や治療方法を誤ると、容易にこの疾患は難治性化しますし、これは日常臨床によく起こりうることです。一度難治化すると治療が長期化し、場合によっては医療訴訟に発展することすらありうる本疾患に対して、最近、特に注目されている点からお話を伺うことに致しました。

1. 藤田正樹先生は、私も当時参加させていただきましたが、第 32 回の日本骨・関節感染症学会の大会長をされ、平成 21（2009）年に札幌市の京王プラザホテルを会場に開催されました。

本学会は、昭和 53 年に発足されましたが、当時はまだ会員数が 500 名足らずの研究会で出発しました。私は、今から 30 年以上前に、札幌市南区の簾舞（みすまい）にある国立療養所札幌南病院に勤務していましたが、市立札幌病院など大病院から 1 年以上長期入院していた患者さんを転医という形でよく受け入れていました。その患者の内訳は、脊椎カリエスを中心として、主として、荷重関節疾患が中心で、当時はまだ、外来の患者数が少数ということもあり、入院患者を回診ごとに一症例ごと、詳細にその長期間に渡る病歴を調べ、克明に臨床データをとり、分析を加えては、毎年、当学会に報告しておりました。その大会長の大多数は日本各大学の教授が占めておりましたが、私も回を重ねていくうちに古参となり、幹事に指名された後に、平成 21 年に札幌市で本学会を開催することになったわけです。

2. 国立療養所札幌南病院時代に。

私が毎年、本学会で報告し続けているうちに、北大系、医大系の病院より患者さんの紹介があり、今でこそ比較的短期間の入院ですむ時代になりましたが、長期入院を強いられる脊椎カリエスを含めた感染症患者を中心に積極的に診るようなセンター病院になったと思っています。

3. 現在、国内では年間 15 万件ほど人工関節手術が行われ、うち、1%程度の感染率であるが、治療が長期化するため累積され、年々、増加の一途を続けている人工関節周囲感染の治療について。

近年では、抗菌薬含有骨セメント（ALAC）の登場により、感染率がより低く抑えられ、万が一、感染したとしても、再手術時の感染ステム抜去後に ALAC 製のスペーサーに一時置換させ、感染兆候が消失する待期期間も、患者に長期入院を強いることなく、日常生活を行わせることが可能な時代になってきています。

4. 人工股関節周囲感染治療における注目すべきグループについて。

一つ目は、関西医科大学のグループで、感染の起因菌としてよく検出される MRSA に対して、その有効性の高いバンコマイシン（VCM）をあらかじめ含有させた ALAC を使用すると MRSA 感染治療だけでなく、糖尿病など合併症例や再置換症例など高リスクの場合に「感染予防」の見地より使用すると著しく有効である事を報告しています。

二つ目は、佐賀大学医学部のグループで、銀含有ハイドロキシアパタイト（銀 HA）コーティング技術の開発で、その試験片についている MRSA の菌活動性が一定期間抑制されていることを証明しています。この間、私から、この関係者に、今現在伊藤浩教授が率いる旭川医科大学のグループが、新しい THA を開発しているので、これとコラボレーションしてはと提案しているところです。

三つ目には、金沢医科大学が開発中のヨードコーティング技術もありますが、まだ市販まで至っておらず、さらにヨードアレルギーの問題があるかもしれません。

5. 感染人工関節手術の治療法選択について。

現在、上記の3項で述べた ALAC 製スペーサーの一時的置換中の感染経過観察中に各グループで、患者の末梢血液中の白血球、特にそのリンパ球比率の推移など詳細に追跡された研究結果が集積されて、一期的、二期的再置換手術の成績がほぼ同じ位まで接近しているのが現状のようです。現状の医療費用の問題、特に包括医療費の観点より、一期的再置換術に持ち込めた方が、医療者側、患者側ともにメリットがあるわけで、これ以上に勝るものはないでしょう。人工関節手術を受ける患者さん自身も、高齢化し、合併症を有した人が多数となり、より一期的手術の方向性が強まる時代になりそうです。

6. 国内では、かつては藤田先生が結核性骨・関節感染症の治療の第一人者でしたが、何か強調したい留意点をご紹介ください。

確かに、脊椎カリエスの代表される結核性骨・関節感染症は他の感染症とは異なり、発熱、発赤、腫脹を伴いづらい病気ですが、先ずは、患者を診断する時に、頭の中に結核の存在を置くことです。第二に、脊椎カリエスは、胸腰椎移行部に圧倒的に発生することが多いので、腰痛を訴えてきた患者さんに対し、必ず疑い病名を付けるなどして、一度は胸腰椎移行部位の X-P 撮影をすることです。第三には、MRI より骨病変の鑑別診断には CT が有用です。この点に関し、解剖学的に栄養動静脈血行が椎体後方中央部に流入しているので、カリエスの場合の初期病変は、先ず椎体中央部に生じ、次に椎体終板に病変が及んでから椎間板に進行することを強調したいと思います。転移性骨腫瘍との鑑別についても、CT 像で、上記に述べた点を頭に入れて読影すると、癌の様に無秩序な破壊はされて

いませんし、病巣部に結核特有の不均一な所見がある点で可能と思われます。勿論、読影を放射線科の医師にお願いすることも、時に重要です。

7. 最後に会員に向けてメッセージを。

私の骨感染症の患者を診る時の基本スタンスは、感染症が疑われた場合は、血液検査をすることから始めます。まずは早期に診断することが重要なので、自信がない場合は、再検査を繰り返すことです。次に、抗生剤の使用法であるが、1剤であれば、2週間までは健康保険上ではO.K.なので、持続的に使用することです。大半は10日前後で完治する感染症が多いですが、症状が持続する場合はその後他剤に変更し、熱感など局所症状が消失し、血液検査、特にCRPなど、完全に正常化するまで抗生剤投与を持続させることです。病変が骨に及んでいるときは速やかに搔爬術も考慮すべきです。

(平成30年7月記)

(以上は、平成30年7月18日水曜日の午後、藤田先生の御自宅にてインタビューしたものを書き起こしたものである。30分の予定を大きく超過し、1時間以上に渡り親しくお話をいただきました。お忙しいところありがとうございました。)

