

[症例報告]

消化器症状を認めなかった患者に発症した *Campylobacter jejuni* subsp. *jejuni* による菌血症の1例

丹羽麻由美¹⁾・中山麻美¹⁾・北川順一²⁾・太田浩敏¹⁾・古田伸行¹⁾
伊藤弘康³⁾・村上啓雄⁴⁾・大楠清文⁵⁾・清島 満³⁾

¹⁾ 岐阜大学医学部附属病院検査部

²⁾ 岐阜大学医学部附属病院輸血部

³⁾ 岐阜大学大学院医学系研究科病態情報解析医学分野

⁴⁾ 岐阜大学医学部附属病院生体支援センター

⁵⁾ 東京医科大学微生物学講座

(平成 29 年 4 月 14 日受付, 平成 29 年 8 月 28 日受理)

下痢や腹痛などの消化器症状を呈さなかった患者の血液培養から, *Campylobacter jejuni* subsp. *jejuni* を分離した菌血症例を経験したので報告する。症例は 55 歳, 男性。慢性リンパ性白血病と診断され, 造血幹細胞移植目的で当院に入院となった。第 10 病日に 38 度の発熱を認めたため, 血液培養が 2 セット採取された。2 日後に好気ボトル 2 セットが陽転し, *C. jejuni* が検出された。患者に下痢や腹痛などの明らかな消化器症状は認められなかったが, 後日採取された便, 腸液からも同様に *C. jejuni* が検出され, 大腸内視鏡検査においても *Campylobacter* 腸炎に矛盾しない所見が確認された。*Campylobacter* 腸炎であっても, 明らかな消化器症状を呈さず, 一過性に菌血症を起こす可能性があることが示唆された症例であった。

Key words: *Campylobacter jejuni* subsp. *jejuni*, 菌血症

序 文

Campylobacter jejuni は, 急性胃腸炎の主要な起炎菌であり, 下痢患者から検出される *Campylobacter* 属菌の約 90% を占める¹⁾。*Campylobacter* 腸炎の経過中に菌血症を併発するのは 1% 未満であり, その多くは免疫不全者, 乳幼児, あるいは高齢者である²⁾。今回われわれは, 下痢や腹痛などの明らかな消化器症状を認めなかった *Campylobacter jejuni* subsp. *jejuni* による菌血症を経験したので, 文献学的考察を加えて報告する。

症 例

患者: 55 歳, 男性
主訴: 軽度の腹部膨満, 慢性リンパ性白血病の同種造血幹細胞移植の適応の検討
既往歴: 腰椎ヘルニア
生活歴: 喫煙 30~40 本/日, 飲酒 焼酎 2 合/日
摂食歴: なし
海外渡航歴: なし
内服薬: fluconazole (FLCZ), sulfamethoxazole-trimethoprim (ST), prednisolone (PSL), 酪酸菌配合剤
現病歴: 2006 年に慢性リンパ性白血病 (CLL) を発症, 2012 年から他院にてリツキシマブ・フルダラビン併用療法 (6 コース) を施行するも改善を認めなかった。翌年にオフアツムマブを施行したが, 効果は認められず病勢コントロールは不良であった。そのため, 同種造血幹細胞移植の適応の検討目的で当院に紹介入院となった。入院時の検査所見は末梢血リンパ球数の上昇, 貧血, 血小板減少などの白血病症状を認め

著者連絡先: (〒501-1194) 岐阜県岐阜市柳戸 1-1
岐阜大学医学部附属病院検査部
丹羽麻由美
TEL: 058-230-7259
FAX: 058-230-7257
E-mail: aniwa@gifu-u.ac.jp

表1. 入院時検査所見

| 血液学的検査 | |
|-----------|--|
| WBC | 16,800 / μ l |
| Neutro | 5.0 % |
| Lympho | 82.0 % |
| Eosino | 0 % |
| Mono | 2.5 % |
| Baso | 0.5 % |
| Ab-Lympho | 1.0 % |
| RBC | 212 \times 10 ⁴ / μ l |
| Hb | 6.9 g/dl |
| Ht | 20.3 % |
| PLT | 1.8 \times 10 ⁴ / μ l |
| 生化学的検査 | |
| TP | 5.4 g/dl |
| ALB | 3.9 g/dl |
| AST | 21 IU/l |
| ALT | 12 IU/l |
| LD | 1008 IU/l |
| Fe | 158 μ g/dl |
| Ferritin | 532.8 ng/ml |
| ALP | 232 IU/l |
| CRE | 0.62 mg/dl |
| BUN | 11.5 mg/dl |

た(表1)。身体所見は軽度の腹部膨満がみられ、37℃台の微熱を認めた。発熱性好中球減少症の可能性を疑い、第2病日より levofloxacin (LVFX) 500 mg/day の内服投与が開始された。第10病日に再度38℃の発熱を認め、血液培養が2セット採取された。その2日後に血液培養が陽転し、*Campylobacter jejuni* subsp. *jejuni* が検出された。薬剤感受性検査の結果、LVFXに耐性を示していたため、感性を示した fosfomycin (FOM) 1 g \times 2回/dayに変更された(第15病日)。第18~23病日までは2 g \times 2回/day 静注、以降は500 mg/day で内服治療され、症状は軽快した。

微生物学的検査

1. 血液培養検査

血液培養は92F好気用レズンボトルおよび93F嫌気用レズンボトルを使用し、BD BACTEC FX システム(日本ベクトン・ディッキンソン)で培養を実施した。入院10日目に採取された血液培養が好気ボトルのみ2セット陽転した。陽転までの時間は1セット目が41.5時間、2セット目は46.5時間であった。血液培養液の沈渣を用いてグラム染色を実施したところ、螺旋状に湾曲したグラム陰性桿菌を認めた。

表2. *C. jejuni* の薬剤感受性検査結果

| 薬剤 | 判定 |
|----------------|----|
| Erythromycin | S |
| Levofloxacin | R |
| Fosfomycin | S |
| Nalidixic acid | R |
| Cefalotin | R |

2. 同定検査

血液培養液の沈渣を、トイプチケースソイ5%羊血液寒天培地(日本ベクトン・ディッキンソン)、チョコレートII寒天培地(日本ベクトン・ディッキンソン)、変法スキロー寒天培地EX(日水製薬)に塗布し、42℃、微好気条件下で培養した。培養2日後、各培地上に半透明のS型コロニーの発育を認め、発育した菌はオキシダーゼ試験、カタラーゼ試験ともに陰性であった。検査材料や患者背景を考慮した結果、*Campylobacter fetus* subsp. *fetus* を疑い、本菌に特異的なプライマーを用いてPCR³⁾を実施したが、結果は陰性であった。Api Campy(シスメックス・ピオメリユー)を用いて同定した結果、同定確率96.4%で*C. jejuni*と判定された。血液培養陽性後に、便および大腸内視鏡検査時に採取された腸液が提出され、血液培養と同様に*C. jejuni*が検出された。

後日、血液培養からの分離菌と便からの分離菌を用いて*Campylobacter jejuni* subsp. *jejuni*に特異的なプライマーを用いたPCR³⁾を実施したところ、ともに326 bpのバンドを認め、本亜種と同定された。

3. 薬剤感受性試験

薬剤感受性検査はCLSI M45-A3⁴⁾の*C. jejuni/coli*に準拠して、ディスク拡散法で実施した(表2)。使用した薬剤のうち、LVFXの結果は ciprofloxacin (CPF) の判定基準を代用し、FOMの結果はCLSI M100-S23⁵⁾の腸内細菌科の判定基準を代用して判定した。

大腸内視鏡検査

患者に腹痛や嘔吐などの消化器症状はみられなかった。また、入院当初から下剤が処方されており、明らかな下痢便の有無は確認できなかった。しかし、血液培養陽性検査で*Campylobacter*属が検出されたため、侵入門戸を特定するために大腸内視鏡検査が実施された。大腸内視鏡検査にて回腸末端に多発性小潰瘍を、結腸の粘膜に浮腫性のびらんを認め、感染性大腸炎の

表3. *Campylobacter jejuni* 菌血症の臨床学的特徴

| | 症例数 (%) (n=86) |
|-----------|----------------------|
| 年齢 | |
| 平均 | 32.3 (歳) (1日-79歳) |
| 乳幼児 | 17 (19.8) |
| 小児 | 9 (10.5) |
| 大人 | 49 (57) |
| 高齢者 | 10 (11.6) |
| 不明 | 1 (1.2) |
| 性別 | |
| 男 | 50 (58.1) |
| 女 | 24 (27.9) |
| 不明 | 16 (14) |
| 基礎疾患 | |
| 血液疾患 | 28 (32.6) |
| 肝疾患 | 9 (10.5) |
| 腎疾患 | 3 (3.5) |
| その他 | 18 (20.9) |
| なし | 28 (32.6) |
| 症状 | |
| 発熱 | 71 (82.6) |
| 下痢 | 46 (53.5) |
| 便培養 | |
| 検査あり | 48 (55.8) |
| 陽性 | 22/48 (45.8) |
| 陰性 | 26/48 (54.2) |
| 抗菌薬治療 | |
| あり | 73 (84.9) |
| β-ラクタム系 | 12/73 (16.4) |
| ペニシリン系 | 8/73 (11) |
| セフェム系 | 1/73 (1.4) |
| カルバペネム系 | 3/73 (4.1) |
| マクロライド系 | 10/73 (13.7) |
| キノロン系 | 5/73 (6.8) |
| アミノグリコシド系 | 3/73 (4.1) |
| その他 | 4/73 (5.5) |
| 併用 | 39/73 (53.4) |
| なし | 8 (9.3) |
| 不明 | 5 (5.8) |
| 予後 | |
| 良好 | 65 (75.6) |
| 死亡 | 16 (18.6) |
| 不明 | 5 (5.8) |

所見と考えられた。特に盲腸の Bauhin 弁には強い炎症所見を認めた。以上の結果と、微生物学的検査の結果をふまえ、*Campylobacter* 腸炎と診断された。

考 察

Campylobacter 属はウシやヒツジ、野鳥など多くの動物の腸管内に常在している微好気性のグラム陰性螺旋菌で、現在 19 菌種、6 亜種、3 生物型が確認されている。ヒトへの病原性は腸管内感染と腸管外感染に分けられる²⁾。腸管内感染症の症状は他の細菌性食中毒と類似しており、腹痛、発熱、嘔吐、下痢などが認められる。国内の食中毒や散発下痢患者から検出される *Campylobacter* 属菌のうち、約 90% が *C. jejuni*、約 8% が *C. coli* であり、その他の菌種はまれである。一方、腸管外感染には敗血症、髄膜炎などがあり、おもに *C. fetus* が関与することが多い¹⁾。

C. jejuni による菌血症は、PubMed や医学中央雑誌をもとに調べた限り、過去に 86 症例報告されており、それらの症例とわれわれの症例の特徴を比較した(表3)^{2)6)~17)}。*Campylobacter* 属菌による菌血症は、栄養不良児、慢性疾患患者、易感染患者、老人および年少者に多く発症するとされている²⁾。86 症例の平均年齢は 32.3 歳で、乳幼児の割合は 19.8%、65 歳以上の高齢者は 11.6% であった。また、全体の 67% が基礎疾患を有しており、そのうち血液疾患を有する患者は 48.2% を占めていた。一方、田坂らが紹介した¹⁴⁾ *Campylobacter* 菌血症の 76 症例を調査したフィンランドの報告では、年齢の中央値が 46 歳で、分離された菌種の内訳は *C. jejuni* 73 例、*C. coli* 3 例であった。そのうち基礎疾患を有してない健常人が 70% を占めていた。本症例およびわれわれが検索し得た症例では基礎疾患を有する患者の割合が高く、相反する結果であった。したがって、*Campylobacter* 菌血症においては、基礎疾患の有無に関わらず、健常人においても発症する可能性があることを念頭におかなければならない。また、*Campylobacter* 菌血症の起炎菌として *C. fetus* が一般的によく知られているが、その他の菌種、すなわち腸管内感染症の代表的な菌種である *C. jejuni* も起炎菌となることにも注意を払う必要がある。

Campylobacter 菌血症の臨床症状は、53.5% の患者で下痢が認められ、このうち基礎疾患を有する患者における割合は 57%、中でも血液疾患患者の割合は 19.2% であった。86 症例のうち、便培養が実施されていた 48 症例中 *C. jejuni* が検出されたのは 22 例、そのうちの 13 例 (59.1%) では下痢症状は認められなかった。田坂らも、基礎疾患を有する患者では胃腸炎症状を認めにくいと報告している¹⁴⁾。一方、前述のフィンランドの報告¹⁴⁾では、76 例中 60 例 (79%) に胃腸炎症状が認められていた。本症例では下痢症状が

けでなく腹痛も認められなかったが、提出された便からは *C. jejuni* が検出された。また、血液培養陽性後に行われた大腸内視鏡検査においても全結腸粘膜に広がる浮腫性のびらんや Bauhin 弁の炎症といった *Campylobacter* 腸炎特有の症状が確認されている。このことから、患者は白血病患者であり易感染状態であったため、腸管を侵入門戸として本菌が一過性に菌血症を起こしたと考えられた。したがって、*C. jejuni* によって起きた菌血症では、必ずしも消化器症状が認められるわけではないということに留意すべきである。

本症例は入院当初から微熱が続いており、LVFX が投与されていた。しかし、血液培養から検出された *C. jejuni* の薬剤感受性を測定した結果、LVFX に耐性を示した。成人の *Campylobacter* 腸炎の治療に使用される抗菌薬は、第一選択剤としてマクロライド系の薬剤が推奨されており、特に免疫不全者においては早期の治療によって菌の排出期間の短縮と症状の軽減が報告されている¹⁸⁾。しかしながら、本症例は前医より FLCZ を使用しており、当院へ転院時に itraconazole (ITCZ) に変更となっている。マクロライド系のうち、EM および clarithromycin (CAM) は、ITCZ との併用に注意が必要な薬剤であること、また azithromycin (AZM) は本邦で腸炎・敗血症に対する保険適応がないことから、マクロライド系の薬剤を使用することができなかった。そのため薬剤感受性検査で感性を示した FOM を選択した。FOM は小児の *Campylobacter* 腸炎において、マクロライド系薬剤が投与できない場合の第二選択薬として推奨されている¹⁸⁾。測上ら¹⁹⁾や野川ら²⁰⁾の検討では *Campylobacter* 腸炎における FOM の有用性は高いと報告されている。近年の報告²¹⁾²²⁾によると、*C. jejuni* の FOM 耐性率は 20% 前後と、ニューキノロン系薬剤よりも低い耐性率であった。近年、ニューキノロン系薬剤に耐性の *Campylobacter* 属菌が増加していることが問題となっている²³⁾。1980 年代に開発されたニューキノロン系薬剤は、広い抗菌スペクトルを持ち、吸収率や組織移行性が良いので感染症の治療に広く使用されてきた。本邦でも成人の細菌性下痢症患者やその疑いが強い患者に対して、ニューキノロン系薬剤が第一選択剤として推奨されており¹⁸⁾、高頻度に使用されていることが耐性菌の増加を助長させているのではないかと考えられる。また、1990 年代には人間だけでなく、ウシやブタなどの家畜への使用が認可され、主に大腸菌の予防や治療のためにニワトリでも使用されるようになった²⁴⁾。1997~2001 年に米国で行われた調査では、

市販の鶏肉に感染していた *Campylobacter* 属菌の約 10% がニューキノロン系薬剤に耐性を示した²⁵⁾。また、2005~2006 年にかけて神奈川県で行われた同様の調査においては、ニューキノロン系薬剤に耐性を示した *Campylobacter* 属菌が約 25% と報告されている²⁶⁾。これらのデータから示唆されるように、家畜へのニューキノロン系薬剤の使用が認可された国では、家畜から分離される耐性菌が急激に増加している。一方で、下痢患者から分離される耐性菌も同様に増加傾向であること、薬剤の投与歴のない下痢患者からも耐性菌が検出されること²⁴⁾から、家畜へのニューキノロン系薬剤の使用も、ヒトから分離される *Campylobacter* 属菌のニューキノロン系薬剤の耐性化を誘発していると推察された。これを受けて、ニューキノロン系薬剤耐性 *Campylobacter* 属菌を含む、薬剤耐性菌のリスクを低減していくために、農林水産省を中心に畜産分野における抗菌性物質の適正使用の確保のためのリスク管理措置の徹底や、薬剤耐性菌のモニタリング調査などの対策がとられ、生産者や獣医師にむけての注意喚起が行われ始めた。特にニワトリに関しては、現在日本で承認されている enrofloxacin (ERFX)、ofloxacin (OFLX)、norfloxacin (NFLX) の 3 薬剤の適正使用の呼びかけや、飼養衛生管理水準を向上させることで鶏の健康状態を良好に維持するよう取り組まれている²⁷⁾。

三澤らの報告によると、全国的に市販されている鶏肉の約 75% は *Campylobacter* 属菌に汚染されていたとの結果が示されている²⁴⁾。このうちの多くが生食用やたたきなどの中心部まで十分加熱されていないものであった。また、1997~2001 年に米国で行われた調査では、米国で市販されている鶏肉の約 40% が *Campylobacter* 属菌に汚染されていた²⁵⁾。したがって、生食やたたきを目的としていなくても、加熱不足や生肉の触れた調理器具を介した感染が十分に起こりうる。本症例では、入院直前の明らかな鶏の生食の喫食歴はなかったが、鶏肉を使った郷土料理を好んでよく摂食していたとの情報が得られた。患者は元来、腸管内に *C. jejuni* を保菌し、これが一過性に菌血症を引き起こしたと推察された。本症例のような易感染者の場合は、腸管内に保菌している菌が菌血症を惹起し、重篤な状態に陥るケースもあるため、患者への食事指導も重要であることを再認識した。

本症例は下痢や腹痛などの消化器症状を認めない菌血症例において、*C. jejuni* が検出される可能性を認識できた貴重な症例であった。

利益相反：申告すべき利益相反なし

文 献

- 1) 高橋正樹, 横山敬子. カンピロバクター感染症とは. 国立感染症研究所. <http://www.nih.go.jp/niid/ja/kanseinhoanashi/385-campylobacter-intro.html> 2016年8月1日現在.
- 2) 國吉保孝, 田代 実, 大楠清文. 2010. *Campylobacter jejuni* 腸炎の経過中に発症した一過性菌血症の1例. 小児感染免疫 22 (4): 327-330.
- 3) Wang, G., C.G. Clark, T.M. Taylor, et al. Colony multiplex PCR assay for identification and differentiation of *Campylobacter jejuni*, *C. coli*, *C. lari*, *C. upsaliensis*, and *C. fetus* subsp. *fetus*. J Clin Microbiol 40: 4744-4747.
- 4) Clinical and Laboratory Standards Institute. 2015. Methods for Antimicrobial Dilution and Disk Susceptibility Testing of Infrequently Isolated or Fastidious Bacteria 3rd Edition; Approved Guideline. M45-A3, CLSI, Wayne, PA.
- 5) Clinical and Laboratory Standards Institute. 2013. Methods for Antimicrobial Dilution and Disk Susceptibility Testing of Infrequently Isolated or Fastidious Bacteria; Approved Guideline. M100-23, CLSI, Wayne, PA.
- 6) Dhawan, V.K., D.D. Ulmer, R. Nachum, et al. 1986. *Campylobacter jejuni* septicemia-Epidemiology, clinical features and outcome. West J Med Mar 144: 324-328.
- 7) Guevara, C.L., J. Gonzalez, P. Pena. 1994. Bacteraemia caused by *Campylobacter* spp. J Clin Pathol 47: 174-175.
- 8) Meyrieux, V., G. Monneret, A. Lepape, et al. 1996. Fatal Septic Shock with Multiple Organ Failure Due to *Campylobacter jejuni*. Clin Infect Dis 22: 183-184.
- 9) Schuster, M., M.J. Blaser, I. Nachamkin. 1997. Serendipitous Detection of Persistent *Campylobacter jejuni* Subspecies *jejuni* Bacteremia in a Patient Undergoing Bone Marrow Transplantation. Clin Infect Dis 24: 1270.
- 10) Manfredi, R., A. Nanetti, M. Ferri, et al. 1999. Fatal *Campylobacter jejuni* bacteraemia in patients with AIDS. J Med Microbiol 48: 601-603.
- 11) Adedeji, A., C.P.K. Subudhi, R. Gokal, et al. 2000. *Campylobacter jejuni* Bacteremia, Peritonitis, and Exacerbation of Chronic Pancreatitis in a Patient on CAPD: Case Report and Literature Review. Perit Dial Int 20: 794-796.
- 12) Monselise, A., D. Blickstein, I. Ostfeld, et al. 2004. A case of cellulitis complicating *Campylobacter jejuni* subspecies *jejuni* bacteremia and review of the literature. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 23: 718-721.
- 13) van den Bruele, T., P.E.C. Mourad-Baars, E.C.J. Claas, et al. 2010. *Campylobacter jejuni* bacteremia and *Helicobacter pylori* in a patient with X-linked agammaglobulinemia. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 29: 1315-1319.
- 14) 田坂佳資, 松原康策, 仁紙宏之, 他. 2016. 侵襲性 *Campylobacter jejuni/coli* 感染症—2000~2015年における当院9症例報告と日本人症例の文献的検討—. 感染症学雑誌 90 (3): 297-304.
- 15) Pareira, L., S. Sampaio, I. Tavares, et al. 2014. Bacteremia due to *Campylobacter* in renal transplantation: a case report and review of literature. Transpl Infect Dis 16: 1007-1011.
- 16) Wolfs, T.F.W., B. Duim, S.P.M. Geelen, et al. 2001. Neonatal Sepsis by *Campylobacter jejuni*: Genetically Proven Transmission from a Household Puppy. Clin Infect Dis 32: e97-e99.
- 17) Gallo, M.T., E.G.D. Domenico, L. Toma, et al. 2016. *Campylobacter jejuni* Fatal Sepsis in Patient with Non-Hodgkin's Lymphoma: Case Report and Literature Review of a Difficult Diagnosis. Int J Mol Sci 17: 544.
- 18) 大西健児, 相野田祐介, 今村顕史, 他. 2016. JAID/JSC 感染症治療ガイドライン 2015—腸管感染症—. 日化療会誌 64: 31-65.
- 19) 湖上達夫, 大滝厚子, 藤田之彦, 他. 1983. *Campylobacter jejuni* 腸炎に対する Fosfomycin の検討. Jpn J Antibiot 10: 185-191.
- 20) 野川孝之, 武内可尚, 渡辺 淳, 他. 1984. カンピロバクター腸炎に対する Fosfomycin の治療成績. Jpn J Antibiot 9: 1620-1624.
- 21) 竹田義弘, 桑山 勝, 大原祥子, 他. 2008. 広島県内で分離された腸炎由来カンピロバクターの薬剤耐性. 広島県立総合技術研究所保健環境センター研究報告 16: 5-9.
- 22) 服部文彦, 西村直子, 武内 俊, 他. 2013. 小児カンピロバクター腸炎およびサルモネラ腸炎の検討. 小児感染症免疫 25 (3): 281-288.
- 23) 只野敬子, 新垣正夫, 斎藤香彦, 他. 1996. 下痢患者由来 *Campylobacter jejuni* のニューキノロン薬に対する薬剤感受性の年次別推移. 感染症学雑誌 70 (12): 1227-1233.

- 24) 三澤尚明. 2005. カンピロバクター感染症. モダンメディア 51 (3): 45-52. 況および分離菌株の解析. 神奈川衛生研究所報告 37: 24-27.
- 25) 江藤麻希, 石井良和. 2009. 食肉を汚染する抗菌薬耐性菌. モダンメディア 55 (7): 179-183. 27) 家畜に使用する抗菌性物質について. 農林水産省. <http://www.maff.go.jp/j/syoutan/tikusui/yakuji/koukinzai.html> 2016年8月1日現在.
- 26) 古川一郎, 伊達佳美, 相川勝弘, 他. 2007. 市販鶏肉におけるカンピロバクター・ジェジュニの汚染状

A case of *Campylobacter jejuni* subsp. *jejuni* bacteremia without gastrointestinal symptoms

Ayumi Niwa¹⁾, Asami Nakayama¹⁾, Junichi Kitagawa²⁾, Hirotooshi Ohta¹⁾, Nobuyuki Furuta¹⁾,
Hiroyasu Ito³⁾, Nobuo Murakami⁴⁾, Kiyofumi Ohkusu⁵⁾, Mitsuru Seishima³⁾

¹⁾Division of Clinical Laboratory, Gifu University Hospital

²⁾Department of Transfusion Medicine, Gifu University Hospital

³⁾Department of Informative Clinical Medicine, Gifu University Graduate School of Medicine

⁴⁾Center for Nutrition Support & Infection Control, Gifu University Hospital

⁵⁾Department of Microbiology, Tokyo Medical University

We report on a case of *Campylobacter jejuni* subsp. *jejuni* recovered from a blood culture of a patient who had no symptoms of gastroenteritis. The patient was a 55 year-old male diagnosed with chronic lymphocytic leukemia who was hospitalized to undergo a hematopoietic stem cell transplantation. Two sets of blood cultures were taken when a low-grade fever went up to 38°C on the 10th day of hospitalization. Following 2 days of incubation, both blood culture sets were positive for *C. jejuni*. Although the patient did not have diarrhea or abdominal pain, stool and intestinal juice specimens also grew out *C. jejuni*. Colonoscopy confirmed the presence of enteritis. This case shows that a transient *C. jejuni* bacteremia can occur without gastrointestinal symptoms.