



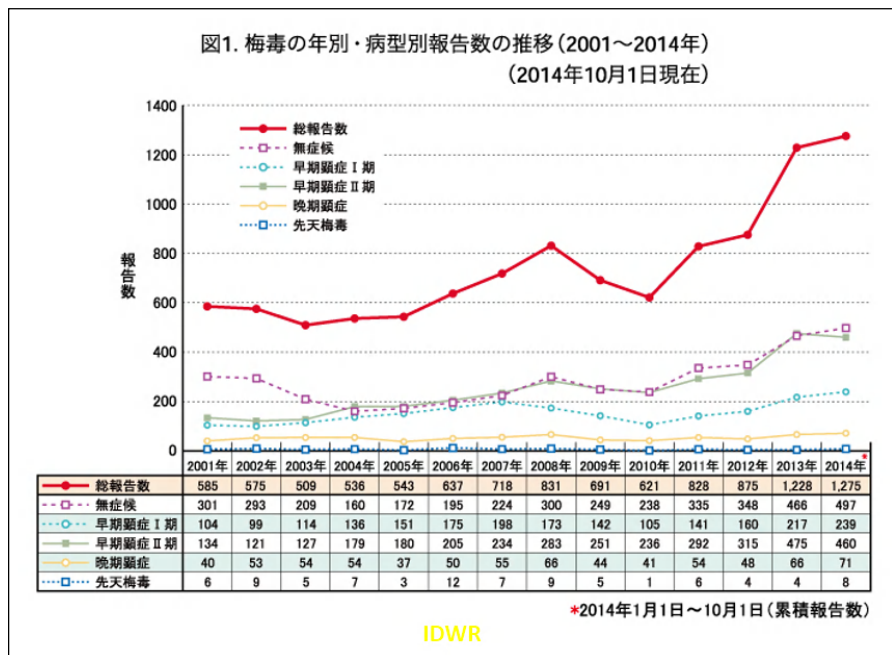
2016年6月29日放送

「Re-emerging infection としての梅毒」

まりこの皮フ科 院長
本田 まりこ

はじめに

梅毒は梅毒トレポネーマ (*Treponema pallidum* subsp. *Pallidum*, *T. pallidum*, *T. p.* と略す) の感染による性感染症で、感染後3週間程度の潜伏期(第一潜伏期)を経て、経時的に様々な臨床症状が出現する慢性全身性感染症です。早期顕症梅毒(第1期梅毒、第2期梅毒)、晩期顕症梅毒(第3期梅毒、



第4期梅毒)、無症候梅毒、先天梅毒に分類されます。

梅毒の起源ははっきりわかっていませんが、コロンブスが1492年カリブ諸島からヨーロッパに持ち込んだとされています。しかし別の人物が持ち込んだという説、または元々ヨーロッパにも存在していたという説など諸説が存在しております。その後梅毒はアツという間にヨーロッパ全域に広がり、ポルトガルのヴァスコ・ダ・ガマ一行がインドに訪れた時に、梅毒もインドに上陸しました。その後、マレー半島経由で、16世紀の初めには中国の広東に達しました。1512年には日本にも梅毒が到達。関西で大流行

を起こしたあと、江戸にもやってきて吉原などの遊郭で一気に広まりました。江戸後期において性病はすべて同一のものと考えられていましたが、1831年淋病と、1837年に下疳が別の病気であることがわかりました。性病学は土肥慶蔵博士が近代皮膚科学を日本に導入するためにヨーロッパに派遣され、帰国後、1898（明治 31）年に東京帝国大学医科大学教授に就任し、皮膚病学黴毒（ばいどく）講座を担当したことにはじまります。

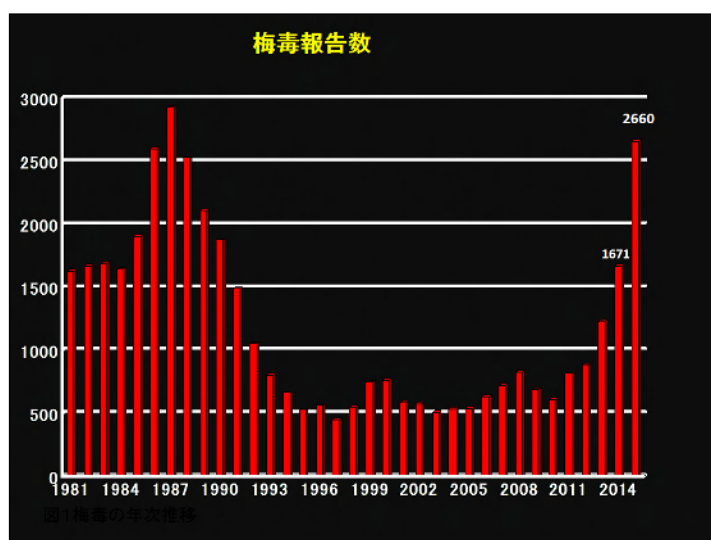
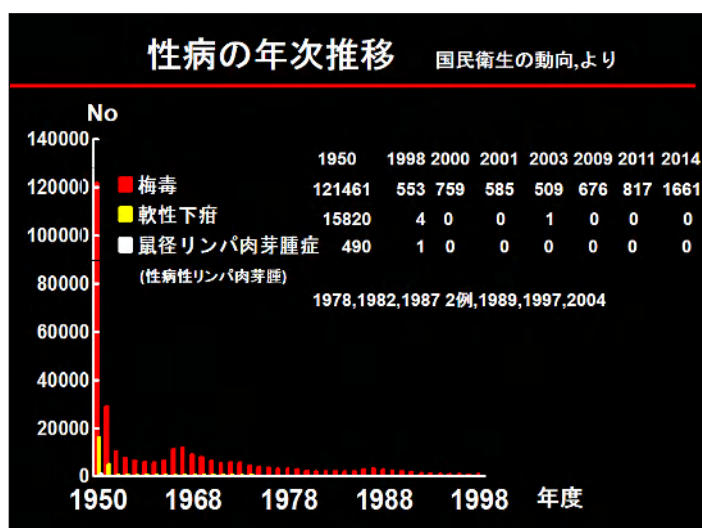
ヒットラー、ベートーベン、リンカーンなど著明な人たちも梅毒に罹患していたと云われています。戦後ペニシリンが出回るまで梅毒は死に至る病、子の代にまで及ぶ性病として重大な疾患でありました。

報告数の推移

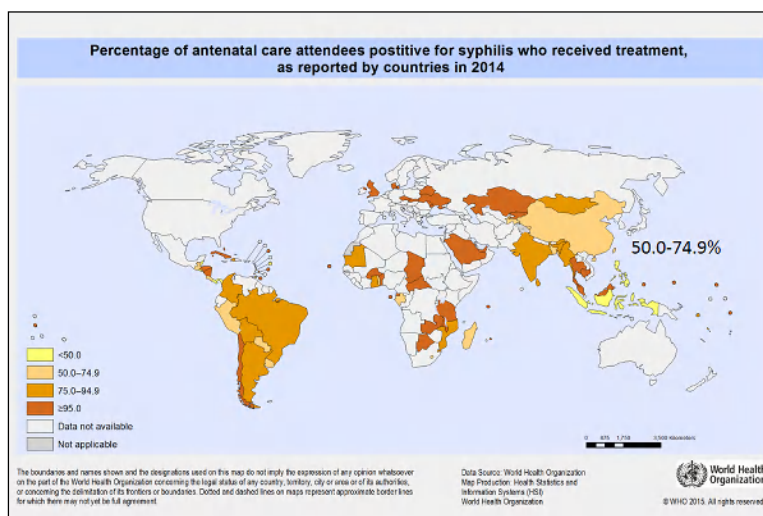
4 大性病の一つである梅毒は、1948 年から梅毒の発生について報告の制度ができ、1950 年には12万人の患者がいましたが、その後減少し、報告数は、年間に約 11,000 人となりました。1999 年より梅毒は 5 類感染症全数把握疾患に定められており、診断した医師は 7 日以内に最寄りの保健所に届け出ることが義務づけられています。

近年様々な抗菌薬の普及により梅毒は更に減少し、あまり危険視されなくなりました。感染者も年間 600 例前後で、MSM（男性間性交渉者）の患者に多く、ヒト免疫不全ウイルス（human immunodeficiency virus、HIV）感染と関連がある疾患となっていました。しかし、2013 年より増加し初め、2015 年は 1999 年以降最多の 2660 例となっております。しかも、MSM の患者だけでなく、

若い女性に増加し、先天梅毒の増加の危惧から、厚労省は梅毒の減少に力を入れ始めた



ところですが、急激な上昇は届け出をきちんと行われるようになったことや円安で日本を訪れる梅毒蔓延国である中国や南アメリカなどの外国人客が増加したためと思われます。梅毒は忘れ去られた疾患であり、その症状もわからない若い医師が増えてきております。



症 状

従って、次に梅毒の症状についてお話しいたします。

梅毒トレポネーマは感染後数時間でリンパ管や血液内に到達し、初期病変が出現する前に全身感染を起こします。感染部位は2から6週間で小豆大の硬い硬結（初期硬結）が出現します。潜伏期間は接種された *Treponema* の数と比例し、多いほど潜伏期間は短くなります。やがて浸潤が強くなり隆起し中心部が潰瘍を形成し硬性下疳となります。疼痛などの自覚症状はありません。好発部位は男性では、冠状溝、包皮、亀頭部、女性では、陰唇、子宮頸部で、気づかないことが多いです。また口唇、手指にも生じることがあります。一般に単発ですが、オーラルセックスで感染した場合多発することがあります。やや遅れて所属リンパ節が硬く腫大しますが、疼痛はありません。硬性下疳は通常6週間を超えずに消退します。以上が第1期梅毒です。



数ヶ月を経過すると第2期梅毒の前駆症状として発熱(5-8%)、咽頭痛(15-30%)、倦怠感(25%)、頭痛(10%)、体重減少(2-20%)、食欲不振(2-10%)、全身リンパ節腫脹(85%)などの全身症状がみられます。第1期、第2期の梅毒患者髄液中に約30%は梅毒トレポネーマが検出できると云われていますが、髄膜炎を起こす患者は数%にすぎません。その後皮膚症状として全身に淡い紅斑がみられますが、色の黒い日本人は気づかないことが多いようです。次いで乾癬様の皮疹が全身にみられ、特に手のひらや足の裏にみられた場合、梅毒は確定的になります。全身の粘膜や皮膚に斑、丘疹、落屑性丘疹、時に膿疱を形成します。皮疹は2種類以上同時に存在することがしばしばみられ、肛門周囲、

外陰、陰囊などの湿度の高い部位では丘疹は大きくなり、扁平コンジローマとなります。また、頭の毛包に波及すると脱毛斑となります。

肝炎、腎症、胃腸障害、関節炎、虹彩炎、ブドウ膜炎を起こします。髄液中の細胞数増加、蛋白の増加がみられた場合、眼合併症が生じた場合、神経梅毒として治療した方が良いと云われております。第2期梅毒の症状は通常6ヵ月以内で終了し、長い潜伏期梅毒に入ります。第3期梅毒、第4期梅毒はほとんどみられなくなりましたので省略します。

先天梅毒は妊娠4ヵ月以降に梅毒に感染した母体から出生した児で、未治療の場合約40%は死産となります。早期先天梅毒（生下時に鼻炎、鼻づまり、肝脾腫、紫斑、黄疸、脈絡網膜炎、低出生体重児、梅毒疹、骨軟骨炎のみられるもの）と晩期先天梅毒（学童期以降に角膜実質炎、内耳性難聴、Hutchinson 歯みられるもの---Hutchinson3 徴候）にわけられており、近年毎年10名前後が報告されています。

確定診断

確定診断は、抗梅毒トレポネーマ抗体の免疫染色による梅毒トレポネーマの検出および補助診断として梅毒血清反応によります。梅毒血清反応には牛の心臓より抽出したカルジオリピンを抗原とした方法（RPR カードテスト、RPR 自動化法）と梅毒トレポネーマを抗原とした血清反応（TPHA、FTA-ABS 法）があり、梅毒に罹患した場合、まずカルジオリピン抗体が感染4から5週間後に上昇し、後から梅毒トレポネーマ抗体が上昇します。カルジオリピン抗体は、妊娠や感染症などで生物学的疑陽性を示すものがあり、その場合梅毒トレポネーマ抗体の結果を見て判定します。また、カルジオリピン抗体の抗体化の数値は治療に反映しますが、梅毒トレポネーマ抗体は指標になりません。

梅毒スクリーニング検査の結果解釈		
カルジオリピン抗体	梅毒トレポネーマ抗体	結果の解釈
-	-	①非梅毒 ②稀に梅毒感染初期
+	-	①生物学的偽陽性(BFP) ②稀に梅毒感染初期
+	+	①梅毒(早期から晩期) ②梅毒治癒後の抗体保有者
-	+	①梅毒治癒後の抗体保有者 ②Tp抗原系の偽陽性(ごく稀)

自動化法で従来の検査法1倍以上に相当するものは梅毒血清反応陽性であり、従来の検査法より早く陽性になります。潜伏梅毒の場合16倍相当するものは届け出が必要としております。また8倍以下に低下した場合を治癒といたします。

治療

治療はペニシリンが第1選択薬ですが、神経梅毒を除く梅毒は、世界的にベンザチン

ペニシリン筋肉注射が標準治療薬として用いられております。しかし、本邦ではアレルギー反応が多いため、市場に出されておられません。従って

バイシリンG:1日120万単位を3回に分けて投与することが一般的で、RPR16未満になるまで投与を行います。

ペニシリンアレルギー患者の場合:ビブラマイシン1日200mg2週間投与を行います。

妊婦のペニシリンアレルギー患者の場合、アセチルスピラマイシン1日800mgから1200mgを4回に分けて投与いたします。

神経梅毒では:注射用ペニシリンGカリウムを1回300から400万単位を1日6回10日から2週間点滴静注します。同時にプロベネシド1回500mg1日4回投与を行います。

本邦で使用される合成ペニシリンやアセチルスチルマイシンは米国CDCでは推奨しておらず経験的なものでしかありません。現在日本性感染症学会で、梅毒治療法の委員会を立ち上げガイドラインを作成中であります。