リケッチア感染症

自衛隊中央病院内科
藤　井　達　也
（聞き手　池脇克則）

47歳男性。岡山県北で林業に従事している。５日前より発熱と倦怠感を自覚し、当院受診。バイタルサインは安定していた。両下肢に紅斑を認めるも掻痒感や自発痛は伴わず。原因がうまく把握できぬままCTMの点滴を行うも解熱せず、さらに倦怠感が増悪するため他院に紹介入院となった。その後の報告では、リケッチア感染症とのことであった。この疾患の診断、治療のポイント等につき、ご教示ください。

＜岡山県開業医＞

池脇　藤井先生、リケッチアというのはウイルスと細菌の中間みたいなものということでよろしいのでしょうか。

藤井　かつてはそうだったのですが、現在は細胞寄生性のグラム陰性菌に近似している細菌と位置づけられています。

池脇　もう一つ、リケッチアの感染症というのは、まずリケッチアがすんでいるといっていいのでしょうか、宿主となる動物、リザーバーに、その血を吸うベクター、これは多くはダニとかノミとかシラミ、このベクターがヒトを刺すことなどによって発症する、こういう伝播形式というか、発症の様式でよろしいのですか。

藤井　はい、いいと思います。

池脇　日本の場合のリケッチア感染症、まずはどういう疾患があって、どのくらいの患者さんがいるのか、これを簡単に教えてください。

藤井　一番多いのはツツガムシ病だと思います。これはかつて古典型として、山形、秋田、新潟などの河川敷などで夏季を中心に感染する風土病として恐れられてきたのですが、戦後は新型の出現によって、北海道など一部の地域を除いては全国で発生が見られるようになっております。

1970年代の後半からは、日本では急

激にツツガムシ病の報告数が増加しております。1991年以降は減少傾向にありますが、近年は海外からの輸入例、2009年には東京都23区内での感染が疑われる症例が初めて報告されるなど、発生地域は拡大し、患者背景も多様化しているようです。年間数百例の報告と数名の死亡例があることは、ツツガムシ病が今なお侮れない感染症であることを意味しています。

池脇　そうですね、死亡例があると。その次に多い疾患というのは何なのでしょうか。

藤井　日本紅斑熱だと思います。1984年に馬原先生らがわが国初めての紅斑熱群リケッチア症として発表されました。1990年以来、年間届け出数は36～67例程度でしたが、徐々に増加しておりまして、2008年以降は年間報告数が100を超えております。従来は関東以西の比較的温暖な太平洋沿いの地域において多く報告されていましたが、近年は山陰地方や韓国でも発生が報告されています。発生時期は春から秋、好発時期はヒトとダニとの接触機会によりますが、これは地域によって若干の差異がありますので、最寄りの保健所や衛生研究所に問い合わせていただくと詳しい情報が入手できるかと思います。

池脇　日本でのリケッチア感染症ということに関しては、ツツガムシ病が、圧倒的にという表現が正しいかどうかわかりませんけれども、その次に日本紅斑熱。基本的にはその２つを頭の中に入れておけばいいということでしょうか。

藤井　最近では、日本紅斑熱のほかにも、リケッチア・ヘルベティカによる国内初の感染例が福井県から報告されたりとか、あるいは世界に分布していた紅斑熱群リケッチア症や発疹熱の輸入例なども散見されるようです。

池脇　次に、ツツガムシ病、日本紅斑熱の臨床症状を説明していただけますか。

藤井　日本紅斑熱の潜伏は２～８日で、ツツガムシ病の５～14日よりやや短いとされています。頭痛、発熱、悪寒戦慄などで発症し、高熱、発疹、刺し口の３徴候が重要な症状ですけれども、これはツツガムシ病も日本紅斑熱も同様かと思います。急性期には39度以上の弛脹熱が多く、悪寒戦慄を伴うのが日本紅斑熱で、馬原先生らによれば、最高体温は日本紅斑熱のほうがツツガムシ病よりも若干高いと報告されております。

池脇　発熱に関しては紅斑熱のほうがちょっと高いということが特徴ですね。

藤井　ツツガムシ病では認めることの多い全身のリンパ節腫脹ですが、これは日本紅斑熱では認められないことが多く、発疹は高熱とともに、四肢や顔面、特に梅毒のごとく手掌や足底に、

小豆大までの辺縁不整形の紅斑が多数現れるというのが日本紅斑熱の特徴です。ツツガムシ病の場合には発疹は体幹に多いという特徴があるようです。

池脇　四肢に多いのが紅斑熱で、体幹に多いのがツツガムシ病というと、ちょっと参考になる鑑別点ということですね。

藤井　そうですね。

池脇　今、小豆大というふうにおっしゃいましたけれども、これが紅斑熱。ツツガムシ病の発疹はどうでしょうか。

藤井　大小さまざまの不定形発疹です。手掌部の紅斑、つまり手のひらの紅斑というのがツツガムシ病では見られないというのも一つ特徴のようです。

池脇　不思議ですね。次に刺し口ですが、ツツガムシやダニが刺すわけですから、観察すればわかるのでしょうか。

藤井　刺し口はほとんどの例で認められるというものの、なかなか服を着て観察した場合には、多くは隠れてしまうことが多いのです。実際には、胸腹部、背部、臀部、陰部ですから、下着で隠れる場所だとか、時には毛で覆われた皮膚を丹念に探すということが非常に重要かと思います。

池脇　先ほど、季節のことをおっしゃいましたね。

藤井　紅斑熱の場合は春から秋と、地域によってだいぶ差があるようです。ツツガムシ病の場合は多くは春、それから晩秋から初冬の２つのピークがあるようです。

池脇　そうすると、発症した時期によっても多少この２つの病気は違いがある。

藤井　そうなのです。発症した時期、そしてその地域によって、ツツガムシ病を疑うべきか、日本紅斑熱を疑うべきかというある程度の傾向があるようです。

池脇　ベクターですが、今回の質問では林業ということで、山にいらしたということですが、どこで刺されたのか、これに関しても２つの病気では多少違うと考えてよろしいでしょうか。

藤井　これは両方とも農作業、森林作業、レジャー、こういった野外活動での感染が多いのですが、むしろツツガムシのほうがかなり僻地というか、人があまり立ち入らないようなへんぴなところ。日本紅斑熱の場合は田畑でも感染するという例は少なくないようです。ただし、げっ歯類やシカなどのリザーバーによって多少変動するようです。立ち入った場所だけで鑑別することも難しいと思います。

池脇　先ほど潜伏期のお話をされましたけれども、刺されたというのはなかなか気づかないものですか。

藤井　はい。多くの場合、ご本人は全く刺されたことを自覚されておりませんので、潜伏期はあまり当てにならないかもしれません。

池脇　それ以外にこの２つの病気の違いはありますか。

藤井　ツツガムシ病は、新型であれば早期に治療すれば致死率はあまり高いものではないといわれていたのですが、日本紅斑熱は、2001年以降、けっこうな致死例が報告されておりまして、先ほどの馬原先生によれば、もし劇症型を疑う、例えば39度以上の高熱がある場合には、直ちにテトラサイクリン系薬とニューキノロン系薬の併用療法を行うべきというふうに提唱されております。

池脇　治療に関しては、一般的にはテトラサイクリン系薬だけれども、重症例ではニューキノロン系薬を併用するということですね。

藤井　そうですね。

池脇　さて、今回の質問の症例ですが、発熱と倦怠感、そして両下肢にかゆみ、痛みのない紅斑を認める。ご質問の先生はとりあえず抗生剤を投与したけれども、あまり改善しなかったということです。ツツガムシ病か、日本紅斑熱かということになるのですけれども、これはどうでしょう。

藤井　岡山県の日本紅斑熱の発生については私も詳しくはないのですけれども、どちらかというと、ツツガムシ病のほうが報告が多いようです。ただし、発疹に関して、疼痛や掻痒感がないことや、それから分布が両下肢の紅斑というところからは、日本紅斑熱のほうが考えやすいかなと思いますが、発疹の分布だけをもって診断というのは危険だと思います。

ただ、リケッチア感染症を疑った場合には、診断を待つことなく、疑った段階で治療を開始するべきで、その後に結果が判明する血清診断等によって確定診断に至ればよいと考えられていますので、ツツガムシ病あるいは日本紅斑熱を疑った場合にはテトラサイクリン系薬、さらには重症の日本紅斑熱の場合にはニューキノロン系薬を併用するということがよろしいかと思います。いずれもβ-ラクタム系薬は無効ですので要注意です。

池脇　血清学的な診断は、あとから確認をするという位置づけということでよろしいですね。

藤井　臨床的には診断的治療というやり方が重要かと思います。

池脇　今回の症例に関しては、どちらかというと日本紅斑熱ではないかという先生のご意見をいただきました。

自衛隊も演習となると、けっこう僻地というのでしょうか、そういうところで活動したり、あるいは国際貢献という意味で海外で活動することがありますが、先生は自衛隊の医官として、リケッチア感染症から自衛隊員を守らないといけないわけですけれども、これに関してはどうなのでしょうか。

藤井　関東一円では、富士山麓や房総半島南部の草むらや森林地帯などは、

実は陸上自衛隊がしばしば訓練を行う場所でもあるのですが、これらの地域で訓練中に感染して、その後、発病して当院を受診する自衛官の症例は決してまれではありません。

それから海外の活動ですけれども、これまで自衛隊は、1992年からカンボジアでのPKO（平和維持活動）に始まり、種々の地域でPKOに派遣されてきたのですが、アフリカのモザンビークのPKOにおいて、ダニにかまれたあとに発疹と発熱を呈した症例がありました。当院に入院したのですが、確定診断には至らなかったという例があります。

現在もアフリカのジブチやスーダンでPKOを展開中ですけれども、サハラ砂漠以南のアフリカという地域は、マラリアはもちろん多いのですけれども、その次に渡航者が罹患する熱帯病として頻度の高いデング熱や腸チフスといった疾患よりも、むしろアフリカの場合はアフリカマダニチフスが意外に多いということが知られるようになりました。スーダンでのPKOもそのあたりを中心に隊員への教育・啓発をしっかりしていかなければいけないと考えております。

池脇　どうもありがとうございました。