2021 年 8 月 2 日放送

# 「第 36 回日本臨床皮膚科医会　⑩

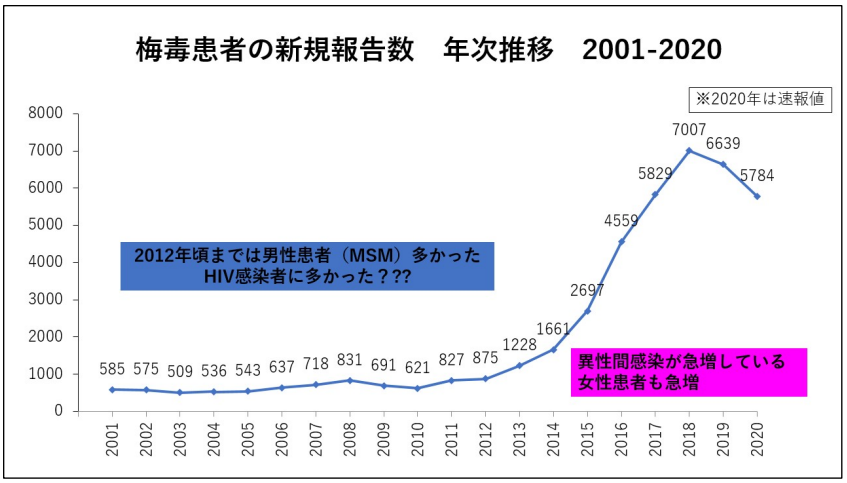
# シンポジウム３４－１　梅毒アウトブレイク」

**東京医科大学　皮膚科**
**講師　斎藤　万寿吉**

本日お話しする内容は、梅毒の一般的な説明、イントロダクションを少しお話しして、その後梅毒の皮膚症状、そして最後に梅毒の診断と治療の流れでお話ししたいと思います。

## 梅毒とは

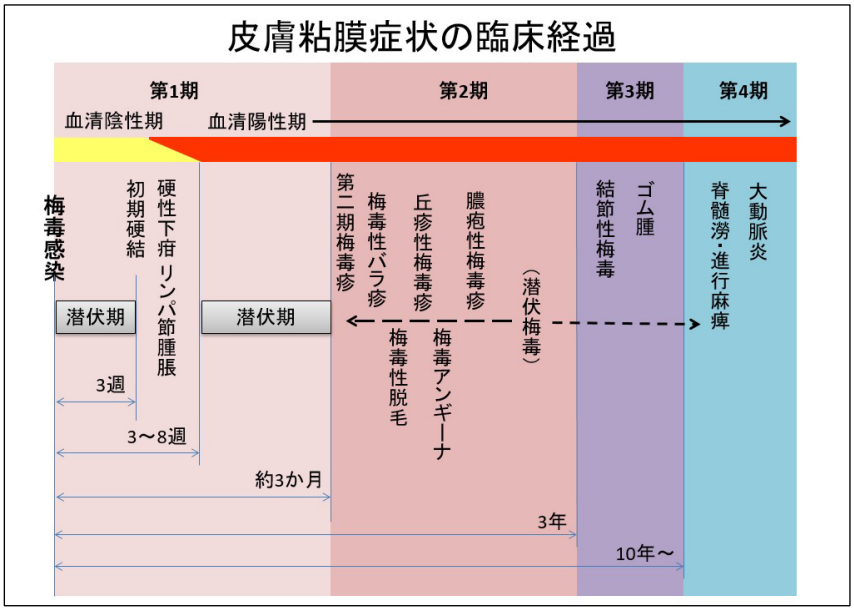
梅毒はトレポネーマ・パリダムという細菌による感染症で、主に粘膜の接触を伴う性行為やその類似行為によって感染する性感染症の代表的な疾患と言われています。しかし代表的な疾患といっても 2001 年から 2012 年くらいまでは年間でだいたい 500 から 800 例ぐらいで推移していたため、あまり診断をした医師が多くない疾患で、名前はよく知ってるけれど見たことがない幽霊病なんて言われることもありました。ところが 2013 年から急激に増え始めて、2013 年は 1,228 例、2014 年は 1,661 例、2015 年に 2,697 例と、どんどん右肩上がりになっていき、2018 年には 7,000 例を超えました。2019 年は 6,639 例で 2020 年、これは速報値ですけれども 5,780 例ぐらいと、やや右肩下がりにはなっているものの、まだ非常に多い感染者数が報告されています。さてその梅毒患者の新規報告数ですが、2012 年頃までは男性の同



性愛者、特に HIV 感染者に多かったのではないかと言われています。つまり限られた集団での感染が多いと言われていましたが、2014 年頃からは異性間、男女間の感染が急増し、女性患者も急増しています。つまり限られた集団で起こっていた感染が一般的にも多く認められるいわゆるアウトブレイクが起きた状態と言われております。

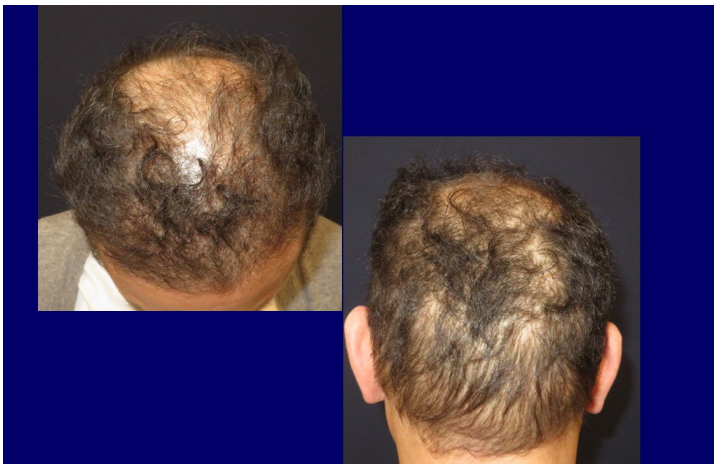
## 梅毒の皮膚症状

次に梅毒の皮膚症状についてご説明したいと思います。まず梅毒のトレポネーマ・パリダムが感染を起こすと、感染を起こした局所に約 3 週間、この 3 週間は少し幅があるとは言われておりますけれども、一般的には約 3 週間の潜伏期を経て初期硬結と言われる硬い結節ができます。その硬い結節は無治療でも自然に崩れていっていわゆる皮膚潰瘍という形になります。そしてこの皮膚潰瘍も無治療で改善をしていき、2 度目の潜伏期になります。皮膚症状が改善したからといってトレポネーマ・パリダムが完全に駆除できたわけではなく、全身に散布する時期となるわけです。そうして感染成立から約 3 ヶ月、これもかなり幅はあるとは言われておりますけれども、約 3 か月の潜伏期を経て第 2 期に移ります。第 2 期になりますと全身性の梅毒性バラ疹であったり、丘疹性梅毒、これは少し硬い小丘疹、全身に散在するようなものですね、さらにその丘疹の中に膿をもってくると膿疱性梅毒という言葉もあります。さらには毛が抜ける梅毒性脱毛であったり、粘膜に乳白色斑ができる梅毒アンギーナなどという症状がでます。この梅毒第 2 期で無治療でも改善をし、さらに潜伏期に入ることがあり、その後、数年の経過を経て後期梅毒になっていくわけですけれども、今この医療が進んだ日本でこの後期梅毒を見ることはまずございません。



では少し発疹の説明をいたします。まず第 1 期疹の初期硬結は感染が成立する場所に多いので、一般的特に男性の場合は外陰部、陰茎の環状溝のところにできやすいと言われています。女性であるとまた大陰唇の周囲であったり、いわゆる外性器の周囲もしくは外性器のところに第 1 期疹ができやすいです。もちろん他の場所、唇であったり乳頭部、乳首の場所にできることもまれではありますけれどもあります。

次に 2 期疹ですけれども 2 期疹の一番有名な丘疹性梅毒です。これは手のひらや足の裏にできるのですが、実は皮膚疾患の中で手のひら足の裏にできる病気はいくつかあるのですが、数は多くないんですね。その中で代表的な疾患と言うと、一般的には白癬ですね、手白癬足白癬。あとは小児であると手足口病です。成人であるとやはり梅毒の丘疹性梅毒が鑑別疾患にあがってきます。あとは先ほども少し申し上げましたけれども淡い紅斑が全身にできる梅毒性バラ疹であったり、膿を持ってくるような膿疱性梅毒、これも全身にできることがあります。あと最近注目されているのが、毛が抜けてくる梅毒性脱毛です。いわゆる休止期脱毛から虫食い状の脱毛まで様々な脱毛のタイプが認められます。梅毒皮膚粘膜症状のキーポイントとしては、見た目に比べて痛み痒みが少ないことです。手のひら足の裏の丘疹性梅毒は比較的診断価値が高いです。あとは粘膜症状のみで皮膚症状を欠くこともある、こういったことも報告されています



## 梅毒の診断治療

次に梅毒の診断治療に関してお話しします。よく梅毒の診断は難しいんじゃないかと言われます。なぜ梅毒の診断治療は難しいかと言うと、一つは性行動に直結するためなかなかその問診が困難であり、こちらも聞きづらい、患者さんも話しづらいということがあります。あとはトレポネーマ・パリダムは未だに人工培地での培養が不可能であるため直接証明が難しいので、抗体価で診断及び治療を判断せざるを得ないということです。この抗体価なんですけれども、ついこの間まで、今でも行われているのですが、いわゆる 2 倍系列希釈法、2 倍 4 倍 8 倍 16 倍という 2 倍系列希釈法、これは技師さんが個人の目で行うんですけども、これで検査判断をしていました。もう一つはこの性感染症というものは再診率が低いために、1 回目に来て薬をもらって治った人はもう戻ってこないんです。なかなか再診しないということがありますので、そうなってくると正確な治療効果判定が困難です。あとは梅毒に関しては終生免疫が成立しませんので再感染する可能性がある。こういったことが複合的に絡まって、梅毒の診断治療は難しいんじゃないかと言われることがあります。でもまだ最近は社会的な風潮もあり、素直に答えてくれる患者さんが少し増えてくれているような印象があります。そして今医療現場で問題となっていることは、梅毒の診断治療に関して現場が少し混乱しているのが、2 倍系列希釈法と機械で行う自動化法が今急速に普及しつつありますので、この 2 倍系列希釈法と自動化法が混在しているということがあります。この自動化法に関しては初期の梅毒の結果解釈が難しいんですね。そのため医療現場ではなかなかこの梅毒に関して診断治療が難しいんじゃないかなんてことが言われております。

① 性行動に直結するため問診が困難。
→社会的風潮か以前より素直に答えてくれる印象
② TPの直接証明が困難。
③ 抗体価で判断せざるを得ない。
④ 定性法（2倍系列希釈法）で検査・判断していた。
→自動化法が普及しつつある
→（特に初期の）結果解釈に混乱が生じる
⑤ 再診率が低いため、正確な治療効果評価が困難。
→HIV感染者は定期受診、定期検査を行っている
⑥ 終生免疫は成立せず、再感染する可能性がある。
⑦ 医師の経験が少ない。

まとめますと、梅毒診断治療のピットフォールとしてはオーラルセックスでの感染リスクを医者自身も患者自身も把握してなくて、いわゆる膣性交がなければ感染が成立しないって思ってる方も結構いらっしゃるんですね。実際、問診を行っていて何かリスクのある行為がありましたかという問いかけをすると、全然何もないですなんて話をするんですけど、オーラルセックスでも感染が成立しますよとこちらが強調してあげると、では少し心当たりがありますなんて会話が日常的に行われます。つまり患者さん自身もオーラルセックスの感染リスクを把握してない場合があるので、こちらから少し強調してオーラルセックスでの感染リスクを説明してあげることが必要になります。膣性交時にはコンドームを使用していても、オーラルセックスでは妊娠が成立しないため、いわゆる妊娠予防としてコンドームを使用してる場合が日本では多いんですね。そのため感染予防としてコンドー

ムが大事なんですよっていうことを説明してあげる必要があるんじゃないかなと思っております。

梅毒診断治療のピットフォールの二番目としては、血清判断で 2 倍系列希釈法と自動化法が混在している、特にこの自動化法に関しては検査法抗体が新しくなったことにより TP 抗原のウインドウピリオドが短縮されて、いわゆる RPR STS 検査法ですね RPR より早期に陽転化することがあることが報告されています。これは人間様の体が何か変わったっていうことではなくて以前の検査法では検出できない時期に検出できる可能性があるということです。検査が進歩したことによって少し解釈が変わってくる場合があるということです。なかなかこれは医療現場の方では正に混乱してるというような現状です。ただこの自動化法の最大のメリットとしては機械が行いますし、細かい数字が出るので臨床経過や治療経過は非常に追いやすいということがあります。

## おわりに

最後でございますけれどもテイクホームメッセージとしては、梅毒の発疹、かゆみのない発疹にはご用心ということです。繰り返しになりますけれどもオーラルセックスでの感染リスクを強調して問診しましょう。そして自分の施設で行われている検査法を把握して、特に初期の血清学的判断には留意してほしいということです。治療効果判定は診断のためには現在普及しつつある自動化方が望ましいということです。

### Take home messages

・かゆみのない皮疹にご用心！

・オーラルセックスでの感染リスクを強調して問診する。

・検査法を把握し、特に初期の血清学的に留意する。

・治療効果判定は自動化法が望ましい。