

日本紅斑熱の診断について

静岡県立静岡がんセンター感染症内科部長 倉井華子

発熱と皮疹で想定すべき疾患はたくさんあります。薬剤など非感染性疾患も多くありますが、感染症では最近話題の麻疹、風疹に加え、日本紅斑熱を忘れてはいけません。

日本紅斑熱は *Rickettsia japonica* が病原体であり、マダニによって媒介されます。病原体を持つマダニにかまれてから2～8日後に高熱や発疹が現れ、重症例では多臓器不全を起こします。刺し口(図1)を認める症例が多く、ダニ暴露歴や腋窩や鼠径部などを注意してみるのが重要です。早期に診断・治療すれば致命率 1%を切る疾患ですが、発症から時間がたつと死亡率が上がります。静岡県では毎年 1-2 例の患者報告があり、過去5年間で13例中4例が死亡しています。特に2017年は報告が多く7人が発症し、このうち2人が死亡しています。全国に比べ死亡例が多いのは診断までの遅れが原因と考えられます。



図1 ダニの刺咬による痂皮

現在のところ発生例は東部地域に偏っていますが、静岡県環境衛生科学研究所の調査では、西部や中部のマダニからも東部と同様に *Rickettsia japonica* が検出されています。日本紅斑熱の見逃し例があることを懸念しています。

日本紅斑熱は 5-12 月に発生が多く、マダニの活動時期と一致します。病歴が重要であり、発症 8 日以内に野山に入っていないかを聴取ください。犬などの動物を飼っている場合、動物についたダニが原因となることもあります。山に近い地域に居住している患者では罹患する可能性があります。

確定診断は、刺し口の痂皮または発疹部の皮膚生検からの遺伝子検出が有用です。血液からの遺伝子検出も可能ですが、ミノサイクリン投与後の血液からリケッチア

遺伝子が検出されなくなるため、投与前の血液を確保してください。刺し口痂皮や、発疹部皮膚は乾燥しないように、生理食塩水でしめらせた小さなガーゼなどを一緒に入れてください。血清中の抗体での診断も可能ですが、ペア血清の採取が必要です。

検査の実際

① 遺伝子検査

- ・全血(凝固防止剤に EDTA を使用したもの)(3ml 以上が望ましい)
 - ・刺し口痂皮もしくは発疹部皮膚生検
- 検出率の高いのは刺し口(痂皮) > 発疹部皮膚生検 > 急性期血液

② 抗体検査

- ・急性期と回復期のペア血清 (各 1ml 以上が望ましい)

検査に関する問い合わせ先は、政令市以外の医療機関は静岡県環境衛生科学研究所微生物部ウイルス班に、政令市の医療機関は最寄りの保健所です。尚、日本紅斑熱は感染症法の分類で四類感染症全数把握疾患となっており、診断した医師は直ちに最寄りの保健所に届け出る必要があります。日本紅斑熱の抗体検査は現時点で保険適用外検査であるため、保健所にお問い合わせください。

治療はテトラサイクリン抗菌薬が第一選択です。治療の遅れは死亡につながります。発熱と発疹の患者を診たら、日本紅斑熱も鑑別に入れてください。

静岡県は平成 30 年 8 月 30 日、伊東市の 70 代男性がマダニの媒介する感染症日本紅斑熱に感染したと発表した。屋外のレジャーや農作業での対策を求めている。

県疾病対策課によると、男性は 22 日に発熱や発疹などの症状で入院し、県環境衛生科学研究所での検査で 27 日に感染が判明した。現在、症状は回復している。男性の自宅は山に近く、庭仕事や山歩きなどの際にマダニにかまれた可能性があるという。

という新聞記事があり、ご覧になった先生方も多いと思います。日本紅斑熱は 9~10 月に発生のピークを迎えます。多く経験する疾患ではありませんが、発熱、皮疹を見た時に、忘れてはならない疾患のひとつですので、今回、情報を共有させていただきます。

* 薬剤耐性菌対策について、静岡県公式ホームページに up されました。

<https://www.pref.shizuoka.jp/kousei/ko-420a/amr.html>

チームで作成した外来での抗菌薬適正症の手引き(成人版)も載っております。

<https://www.pref.shizuoka.jp/kousei/ko-420a/documents/tenpu4tebiki20180730.pdf>

ご参考にしていただければ幸いです。