

〔感染症合併妊婦の管理〕

梅毒, トキソプラズマ, 風疹合併妊娠の管理

唐津赤十字病院
産婦人科部長
萩尾 洋介

はじめに

梅毒, トキソプラズマ, 風疹合併妊娠の管理の第一の目的は, 先天梅毒, 先天性トキソプラズマ症, 先天性風疹症候群の発生を防止することである。

梅毒合併妊娠の管理

I. 先天梅毒

先天梅毒は母体血液中の *Treponema pallidum* (TP) が経胎盤的に児に感染することによって起こる。

II. 梅毒血清反応

1. 血清反応の種類

現在, 臨床面で用いられる梅毒血清反応検査は, 1) 脂質抗原を用いる非特異的な方法 (STS) と, 2) TP 由来の抗原を用いる特異的な方法とに大別される。

2. 血清反応の特徴

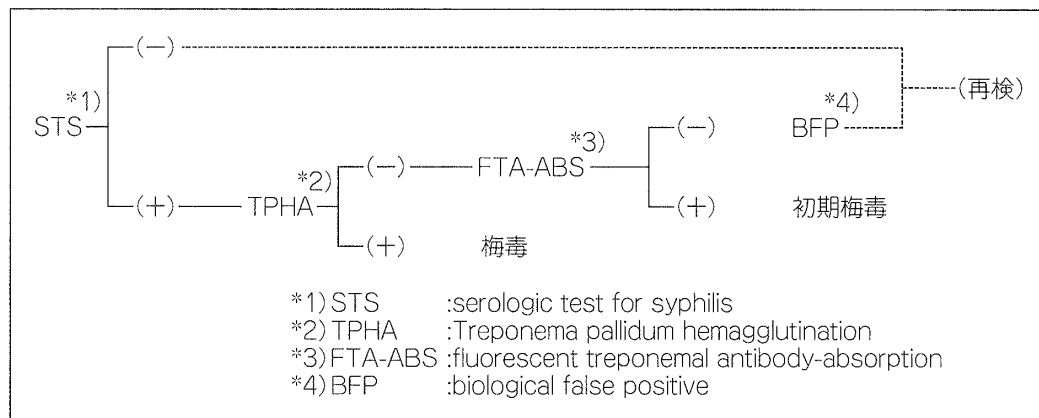
STS は感染後比較的早期 (4~6 週) から陽性を示す。5~20% に生物学的偽陽性 (BFP) 反応がみられる。TPHA は感染後, 多少遅れて陽性となる。確定診断に適しているが, 抗体価は必ずしも治療効果を反映しない。

3. 判定上の注意

第1期梅毒の初期 (感染後2~3週間) には抗体陰性期 (STS 陰性, TPHA 陰性) がある。また, 第1期梅毒では, STS 陽性, TPHA 陰性のこともあり BFP と誤診するおそれがある。

4. 治療効果判定

治療効果判定は STS 定量法がよい。治療歴があり, すでに抗体価が低い場合は単なる



(図1) 妊婦梅毒のスクリーニング

抗体保有者であり治療の必要はない。

Ⅲ. スクリーニング (図1)

TPが胎児に移行するのは胎盤が完成されてからである。妊娠3カ月までに梅毒血清反応を調べる。

Ⅳ. 治療

第1選択

AB-PC 1.5g/日 2～4週間

AM-PC 1.0g/日 2～4週間

第2選択

アセチルスピラマイシン1.2g/日

トキソプラズマ合併妊娠の管理

I. トキソプラズマ症

細胞内寄生性原虫, *Toxoplasma gondii* の感染によって生じる。終宿主であるネコの糞便中に含まれるオーシストや豚・羊など生肉に含まれるシストの摂取により経口感染する。ヒトへの感染経路は経口感染と胎内感染である。

II. 胎内感染

妊娠中に母体が感染し、経胎盤的に胎児に移行して胎児感染を引き起こす。

母体初感染の約1/3に胎児感染が認められる。妊娠末期の感染ほど胎児への感染率は高いが、多くは無症状である。妊娠早期の感染ほど流産・死産および重症障害例の発生する頻度は高くなる。

III. 臨床症状

1. 母体の臨床症状

80～90%は無症状である。

2. 新生児の臨床症状

多くは不顕性型である(80～90%)。しかし、出生時に臨床症状を呈さない場合にも、生後数週あるいは数カ月を経て肝脾腫、黄疸、リンパ節腫大などの症状が現れることがある。遅発症状として網脈絡膜炎が多い。

新生児期より症状を認める顕性型の予後は不良である。症状は網脈絡膜炎、水頭症、脳内石灰化、精神運動障害の4主徴、その他に肝脾腫、黄疸、貧血、痙攣など。

IV. 診断

1. 血清診断

妊娠初期に抗体陰性であった場合は定期的な抗体価の測定が望ましい。

急性感染の血清診断は、1) 抗体の陽転化、2) 4～8倍以上の抗体価の上昇、3) トキソプラズマ特異IgM抗体の検出によりなされる。

IgM抗体は長期に抗体価が存続する場合があります。母体感染時期の推定にトキソプラズマ特異IgA、IgE抗体検査が検討されている。

2. 胎児感染の診断

胎児血によるトキソプラズマ特異IgM抗体の検出や羊水によるPCR法を用いた遺伝子診断法が用いられる。

3. 超音波診断 (表1)

トキソプラズマ感染に特有な所見はない。

(表1) 超音波断層法による出生前診断

胎児の脳室拡大
胎児腹水
胎児の肝腫大
胎児の頭蓋内石灰化
胎盤の肥厚

(表2) トキソプラズマの感染予防

・生肉の摂取を避ける
・手洗いを励行する
・ネコとの接触を避ける
又は、ネコを飼育ボックスに入れ、十分調理した餌を与える

V. 治療・予防

アセチルスピラマイシン, 2g/日を3週間投与2週間休薬の反復服用.

妊娠中の初感染を予防することが第一(表2).

風疹合併妊娠の管理

I. 先天性風疹症候群 (CRS)

風疹ウイルスの免疫をもたない女性が妊娠早期に風疹に罹患すると、出生した児に CRS と呼ばれる障害を引き起こすことがある.

II. 臨床症状

1. 母体の臨床症状

一般に小児より重症で、発熱、発疹、リンパ節腫脹(3主徴)を呈する。しかし、臨床症状をほとんど示さない場合もある(10~15%)。CRS児を産んだ母体の約15%が不顕性感染であるといわれる。

2. CRSの臨床症状(表3)

妊娠早期の風疹感染ほど CRS 発生頻度は高く、重症である。

III. スクリーニング¹⁾

1. 風疹感染のリスクがない場合

風疹感染のリスクがない妊婦のスクリーニングは風疹 HI 抗体で行う。1) 抗体価が8倍以下の時は未感染、2) 16~64倍の時は過去の感染と考えられる。しかし、風疹の流行期などでは、2~3週間後にもう一度 HI 抗体を測定しておく。3) 128倍以上の時は風疹特異 IgM 抗体を測定する。IgM 抗体が陽性であれば最近の感染、陰性ならば過去の感染と考える。

2. 風疹感染のリスクがある場合

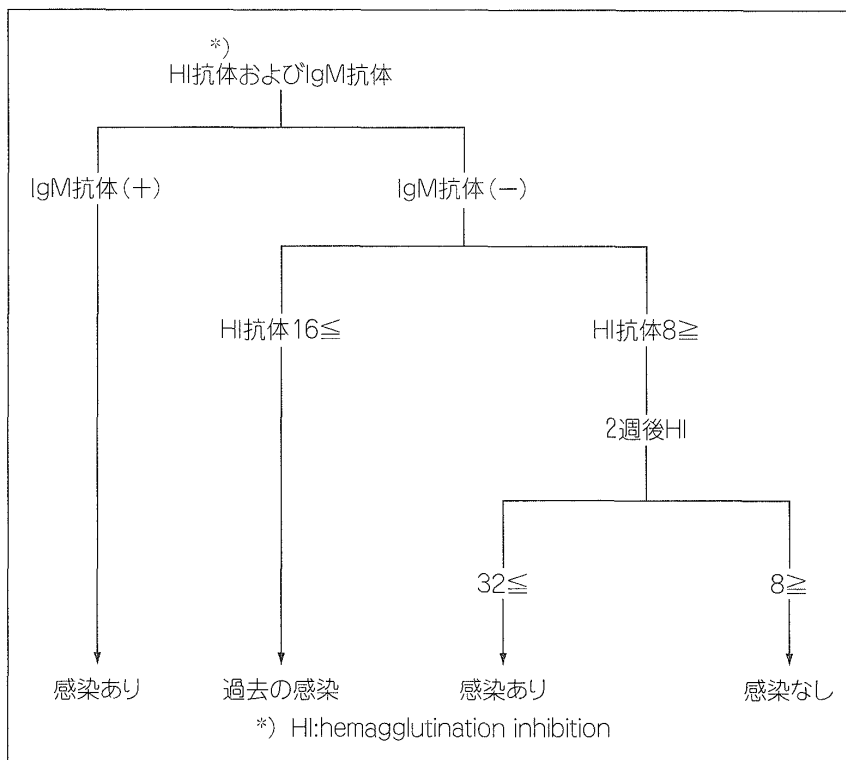
1) 風疹様症状がある、2) 家庭内や職場で風疹が流行している、3) HI 抗体価が128倍以上であるなど風疹感染のリスクがある場合は、HI 抗体と風疹特異 IgM 抗体を同時に測定する(図2)。

IV. 胎児感染の診断

胎児由来細胞(絨毛, 羊水, 臍帯血)から風疹ウイルス遺伝子を検出する方法が開発された。母体顕性感染の36.6%, 不顕性感染の5.0%が遺伝子診断陽性であったと報告されている²⁾。

(表3) CRS*)の臨床症状

・新生児期一過性症状
血小板減少症
肝脾腫
肝炎
溶血性貧血
大泉門膨隆
・永久的障害
眼症状(白内障, 網膜症)
心疾患(動脈管開存, 肺動脈狭窄)
難聴
・遅発性障害
糖尿病
退行性脳疾患
*)CRS: congenital rubella syndrome



(図2) 風疹感染のリスクがある場合

IV. 予防

CRSの予防は、CRS発生の可能性がある妊娠20週までの母体風疹感染を予防することで可能である。1977年から中学生女子生徒を対象に行われてきた風疹ワクチン接種（集団接種）は、1995年4月から主な対象を生後12～36カ月の男女とする定期接種（個別接種）へ変更された（接種率約50%）。

《参考文献》

- 1) 川名 尚. 妊娠中の風疹ウイルス感染. 周産期医学 1996; 26: 104—105
- 2) 加藤茂孝. 風疹感染の胎児遺伝子診断と先天性障害の発生機作. 産婦人科の実際 1998; 3: 313—320