

P3-15-3 当院で2009～2011年に測定されたトキソプラズマ抗体検査について

神戸市立医療センター中央市民病院

星野達二, 平尾明日香, 小山瑠梨子, 北村幸子, 大竹紀子, 須賀真美, 宮本和尚, 高岡亜妃, 青木卓哉, 今村裕子, 北 正人

【目的】トキソプラズマの影響を見るために、当院患者の中で血液検査が行われた例を収集し、患者情報を検討した。【方法】2009年から2011年までに抗体検査、IgG検査、IgM検査が行われた例を対象とした。【成績】抗体検査が237件、IgG検査が167件、IgM検査が164件行われた。産婦人科では、抗体検査を201件、IgG検査を60件、IgM検査を59件行っていた。抗体陽性者は既往感染者と先天性トキソプラズマ胎内死亡の症例であった。妊娠初期のトキソプラズマ抗体検査のスクリーニングはインフォームド・コンセントを得て2010年から始めたが、妊婦の抗体検査の陰性率は98.0%であった。産婦人科以外では、主としてIgGとIgMが同時に測定されていた。検査が行われていたのは、眼科：69.2%、免疫血液内科：11.2%、神経内科：10.3%、耳鼻咽喉科：3.7%、小児科：2.8%などであった。各診療科の代表的疾患は、ぶどう膜炎、免疫不全、脳炎、頸部リンパ腺腫脹、不明熱などであった。この期間に病理組織学的にトキソプラズマ感染が疑われたのは、右耳前の2cm大の弾性硬の腫瘍の摘出手術を行った耳鼻科症例であり、抗体検査はIgG：320、IgM：40であった。トキソプラズマ感染が証明されたのは、先天性トキソプラズマ胎内死亡の産婦人科症例であり、抗体検査はトキソプラズマ抗体：20480、IgG：5120、IgM：20であった。【結論】トキソプラズマ感染は、日本でも起こっている。妊婦に初感染が起こった場合には、児は胎内死亡したり、出生児に後遺症や余病を引き起こすこともある。妊婦のスクリーニングを行い、妊婦に疾患の存在を理解させ、少なくとも妊娠中は生肉を食べないなどの予防を促すことが必要である。

P3-15-4 先天性トキソプラズマ症と診断した21症例の分析と予防対策三井記念病院¹, 吉田産婦人科医院²小島俊行¹, 吉田良一², 鈴木研資¹, 小西久也¹, 森田一輝¹, 佐山晴亮¹, 板橋香奈¹, 中林 稔¹, 高田恭臣¹, 中山裕敏¹, 柿木成子¹, 中田真木¹

【目的】既に出生した同胞が先天性トキソプラズマ症と診断された児と母親を分析し、トキソプラズマの母子感染率、顕性感染率を推定する。【方法】1999～2012年の間でトキソプラズマ（以下Tと略す）IgM抗体陽性妊婦121例にT抗体（PHA）、T-IgG抗体（プラテリア）、T-IgM抗体（プラテリア）、T-IgG抗体のアビディティ（AI）を測定し、既に出生している児137例（11カ月～11歳6カ月）にT抗体を測定し、陽性児にはT-IgM抗体、頭部CT撮影、眼底検査を施行した。【成績】(1)母体121例中同胞16例（13.2%）がT-IgG抗体陽性（26～600 IU/mL）で、T感染が認められた。(2)T感染例（11カ月～8歳）はすべて、発育・発達異常を指摘されていなかった。頭部CT撮影では、全例異常を認めなかった。2例（5歳8カ月と8歳）に瘢痕性網膜炎を認め先天感染と診断された。残りの14例は不顕性感染であった。(3)瘢痕性網膜炎は、最年長児2例のみに認められ、年長児に有意に出現した（ $p<0.05$, Wilcoxon検定）。(4)陽性例16例の母体のT-IgG抗体は高値（106～1330 IU/mL）であったが、T-IgM抗体は判定保留が2例、軽度～中等度陽性が14例（1.2～3.4）であった。(5)母体のAIは、4.9～53.1%であった。16例の児の年齢（月）（x）と母体のAI（%）（y）とは $y=15.3\ln(x)-23.8$, $r=0.81$ と強い正の相関を示し、初感染時期は児の妊娠中と推定され、16例全例先天感染が強く示唆された。【結論】母児が無検査・無治療の場合、トキソプラズマの母子感染率は13.2%以上で、うち12.5%は軽症顕性感染であることが示された。T-IgM抗体陽性妊婦の既に出生している同胞は先天感染を除外する必要がある。さらにトキソプラズマ抗体検査を妊婦健診で全例に行う必要性が示された。

P3-15-5 妊婦のトキソプラズマIgM抗体判定保留値のトキソプラズマ初感染時期を推定する

三井記念病院

板橋香奈, 鈴木研資, 杉浦由紀子, 小西久也, 森田一輝, 佐山晴亮, 中林 稔, 高田恭臣, 中山裕敏, 柿木成子, 中田真木, 小島俊行

【目的】妊婦のトキソプラズマIgM抗体が判定保留値の場合の初感染時期を推定する。【方法】1999～2012年の間のトキソプラズマ（以下Tと略す）IgM抗体判定保留値の妊婦100例を対象とし、インフォームド・コンセントを得てトキソプラズマ抗体、トキソプラズマIgG抗体、トキソプラズマIgM抗体を測定した。トキソプラズマIgM抗体は「プラテリアトキソ-IgM」をキットとして使用した測定値を用いた。トキソプラズマ初感染時期の診断はトキソプラズマgG抗体のアビディティ（以下AIと略す）を測定し推定した。【成績】(1)トキソプラズマIgM抗体が0.8～0.9であった症例は100例でAIの範囲は3.3%～55.3%で、20%以上で慢性感染（4カ月以上前の初感染）疑いは81例（81.0%）、10%以上20%未満の判定保留は12例（12.0%）、10%未満で急性感染（半数は4カ月以内、残りの半数は12カ月以内）疑いは7例（7.0%）であった。(2)トキソプラズマ抗体の範囲は160倍～81920倍、トキソプラズマIgG抗体の範囲は16 IU/mL～>240 IU/mLであった。(3)トキソプラズマIgM抗体とAIあるいはトキソプラズマIgG抗体、トキソプラズマ抗体とは有意な相関を認めなかった。(4)出生児に先天性トキソプラズマ症を認めなかった。【結論】トキソプラズマIgM抗体が判定保留の場合でも、急性感染を疑われた症例が7%認められたので、アビディティを測定し感染時期を除外する必要がある。