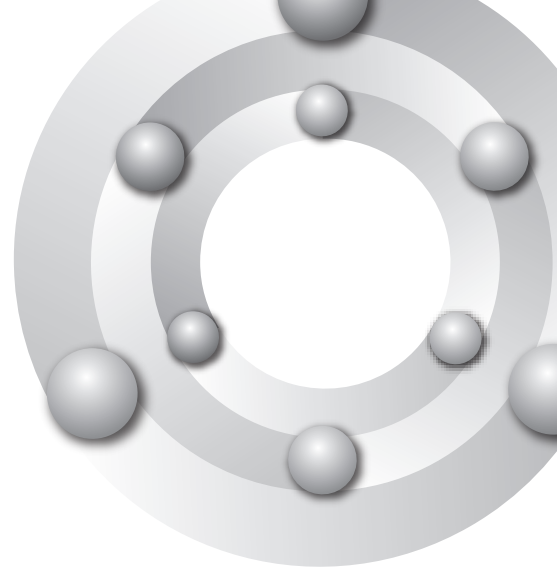


臨床と検査

～病態へのアプローチ～ (VOL.93)

アメーバ赤痢

Emebic dysentery, amebiasis



はじめに

アメーバ赤痢は、寄生性の原虫である赤痢アメーバ (*Entamoeba histolytica*) による消化管感染症である。赤痢アメーバは、嚢子 (シスト) として感染者の糞便に排泄され、これが水や食物を汚染すると経口感染を起こす。シストは小腸で脱嚢して栄養型となり、大腸粘膜面に潰瘍等の病変を起こす。感染者のうち5～10%が発症する。粘血便、下痢、テネズムス (便意があるが排便がない)、腹痛などの赤痢様症状を起こす腸管アメーバ症と、栄養型が血行性に肝臓、肺、脳、皮膚などに転移して膿瘍を形成し、重篤な症状を呈する腸管外アメーバ症の2つに大別される。全数報告対象の5類感染症である。

疫学

感染者の多くは発展途上国に集中して分布する。多くの先進国では、この原虫は一般の人々の間には流行していない。先進国で感染率が高い集団は、男性同性愛者、発展途上国からの帰国者、知的障害者施設収容者などである。なかでも、男性同性愛者間に流行する赤痢アメーバ感染症は、性感染症であることが多く、他の性感染症 (梅毒、HIV感染症、B型肝炎、性器ヘルペス等) を合併していることが少なくない。

我が国では、感染症法に基づく年間届出報告数は増加傾向が続いているが、これは国内感染例報告の増加による。2007年～2016年までの約10年間に診断され届け出られた9,301例のうち、83%は国内感染で、残りは中国、タイ、インドネシア等の国外感染であり、性別では男性の報告数が多い。

感染経路

前述の9,301例のうち、不明が最も多く49%で、次いで性的接触による感染が29%、経口感染が22%

であった。経口感染の感染源として「生食」、「果物」、「水」等の記載があったが、経口感染の8割以上は原因不明であった。男性では、性的接触感染が経口感染より多く、異性間性的接触が同性間性的接触を上回った。女性では主な性的接触が異性間であった。従来からわが国のHIV感染者同様、男性同性愛者による同性間性的接触 (MSM: men who have sex with men) によるアメーバ赤痢感染が注目されてきたが、近年では異性間性的接触を原因とする症例の報告が増加してきた。

病原体

従来から赤痢アメーバは全世界人口の10% (約5億人) に感染しているとされてきた。これらのヒトの糞便からは光学顕微鏡下に赤痢アメーバと同定される原虫が検出される。近年、この「赤痢アメーバ」は、明らかに異なる2種の原虫に分類されると結論付けられた。その2種類の中で、病原種 (*Entamoeba histolytica*) と非病原種 (*Entamoeba dispar*) の割合は1:9程度と考えられ、結局、世界人口の1% (約5,000万人) が病原種 *E.histolytica* の感染者ということになる。

副腎皮質ステロイド剤投与時や妊娠によって赤痢アメーバ症の症状が増悪することはよく知られる。しかし、HIV感染症の進行に伴う免疫不全で *E.histolytica* が正常宿主に比べてより激しい臨床症状を示すのか、あるいは *E.dispar* が日和見感染的に病原性を示すようになるのかについては、まだ結論が得られていない。AIDS症例に *E.histolytica* が感染しても赤痢アメーバとしての症状が増悪しなかったとする米国からの報告は、病原種と非病原種概念が確立する以前の成績であり、米国で男性同性愛者間に流行しているのは非病原種であることが知られていることから、この成績は非病原

種を主体とした症例での結論と考えられる。病原種 *E.histolytica* と免疫不全生体の関連については、今後の研究に期待したい。

臨床症状

症状は大きく腸管アメーバ症と腸管外アメーバ症に大別される。腸管アメーバ症は下痢、粘血便、しぶり腹、鼓腸、排便時の下腹部痛、不快感などの症状を伴う慢性腸管感染症であり、典型的にはイチゴゼリー状の粘血便を排泄するが、数日から数週間の間隔で増悪と寛解を繰り返すことが多い。潰瘍の好発部位は盲腸から上行結腸にかけてと、S字結腸から直腸にかけての大腸である。まれに肉芽腫性病変が形成されたり、潰瘍部が壊死性に穿孔したりすることもある。多くの患者は内痔核、大腸腫瘍である可能性を考え医療機関を受診するが、そのなかには潰瘍性大腸炎と誤診され、年余にわたり投薬を受けている例がある。なお、アメーバ感染症は副腎皮質ステロイド剤投与で増悪するため、潰瘍性大腸炎として治療されている症例は、腸穿孔を合併して急変することがある。

一方、腸管外アメーバ症の多くは腸管部より赤痢アメーバが血行性に転移することにより起こり、肝膿瘍が最も高頻度にみられ、成人男性に多い。高熱(38~40℃)が出るのが特徴で、季肋部痛、吐き気、嘔吐、体重減少、寝汗、全身倦怠などを伴う。膿瘍が破裂すると腹膜、胸膜や心外膜にも病変が形成される。その他、皮膚、脳や肺に膿瘍が形成されることがある。発病初期はかぜ症候群、インフルエンザ等と誤診されている例が多いが、やがて上腹部痛が出現し、画像診断から肝膿瘍を疑われることが本症を診断する糸口になる。なお、アメーバ性肝膿瘍の50%は下痢や粘血便などの腸管症状を伴わず、臨床的には原発性肝膿瘍として発症する。腸管症状を欠如していても、赤痢アメーバ病変であることを否定する根拠とならない。

診断

臨床的特徴を有し、症状や所見からアメーバ赤痢が疑われ、かつ、糞便、あるいは病変部(大腸粘膜組織、膿瘍液)からの病原体の検出が必要である。赤痢アメーバ(栄養型・シスト)の鏡顕による病原体の検出証明、ELISA法による病原体抗原の検出、PCR法による病原体遺伝子の検出、があげら

れる。また、血清からの抗体検出でも診断可能である。

治療

アメーバ赤痢の治療には、通常メロニダゾールの経口投与が選択され、治療効果は高い(メロニダゾールは2012年8月にアメーバ赤痢へも保険適応が拡大された)。このメロニダゾールは栄養型に効果があり、嚢子には効果が少ない。

おわりに

近年、無症状かつ血清赤痢アメーバ抗体陽性の潜伏性アメーバ赤痢感染者の報告があり、この場合、潜伏性赤痢アメーバ持続感染が起こっている可能性や、将来的に侵襲性アメーバ赤痢を発症する可能性が高い。また、感染者自身の発症リスクだけに留まらず、赤痢アメーバ病原体を体内で増殖させるリザーバーの役割を果たし、数カ月~数年にわたって糞便中に病原体(シスト)を排出し続けることで新たな宿主への主要感染源となるため問題となっている。今後、無症状なために病院を受診することの無い潜伏性赤痢アメーバ持続感染者をターゲットにした感染対策を行わない限り、増え続けるアメーバ赤痢の流行を阻止することはできない。

国内でのアメーバ赤痢感染は、MSMに注目されてきたが、近年、性風俗業で働く女性(CSW: commercial sex worker)における症例の報告も増加している。異性間性的接触を原因とする症例の報告が増加している背景として、性的接触によるシストの経口摂取など性行為の多様化により生ずる感染リスクに注視すべきである。わが国の国内感染例の多くが性的接触による感染であることから、総合的な性感染症対策の一環として行われるべきものと考えらる。

これまでのアメーバ赤痢は、有症状患者のみを診断・治療する感染症であったが、今後は最近の研究成果から明らかになってきた無症候性赤痢アメーバ持続感染者をターゲットとするスクリーニング検査を導入し、早積極的な症例の拾い上げが求められている。