

口腔咽頭と性感染症———症状とその鑑別診断 ⑧

はじめに

近年 oral sex の一般化や oral sex を行う性風俗店の出現などにより、本来、性器にみられた種々の性感染症が口腔咽頭粘膜にも生じてきた。さらに口腔咽頭が感染源となる可能性も生じてきた。

しかし、口腔咽頭粘膜は、常在菌や唾液による抗菌作用により、症状所見が現れにくく、外来からの菌の減少・消退の可能性もあるので、口腔咽頭の診断、治療には慎重な考慮を要する。耳鼻咽喉科医は、常に口腔咽頭における STD 感染に注意して診療にあたらなければならない。口腔咽頭が感染源とならぬよう、他科との相互診を要する。

以下、口腔咽頭の梅毒、淋菌、クラミジア、ヘルペス、伝染性単核症、エイズとその所見について記述する。

口腔咽頭の梅毒

Treponema pallidum (T.p.) の感染である。ここ数年漸増傾向にあり、エイズとの合併例がみられるので注意を要する。

一般に性器と同時に感染するが、口腔咽頭のみ感染例も認められる。

口腔咽頭においても感染後の時期により症状所見が異なり 4 期に分けるが、症例は主に 1～2 期梅毒例で、3 期の軟口蓋穿孔例やゴム腫、4 期の脊髓癆、大動脈瘤例は稀である。

第 1 期梅毒は、感染後約 3 週後、接触部位の口唇、舌尖、口蓋扁桃に 1～2cm 大、表面平滑暗赤色の大豆大の結節（初期硬結）を形成する（口絵：図 1）。さらに数日後、辺縁の隆起した硬い潰瘍（硬性下疳）となり 1 週後、この潰瘍は自然消退する。

特徴的なことは、無痛性と硬さである。頸部リンパ節は無痛性で多発する。

第 2 期梅毒は、感染から 3 カ月後に梅毒 T.p. が血行性に全身に伝播し、全身の皮膚や粘膜に病変を生じる。発症部位は 2 期は舌や咽頭、口蓋扁桃に円形境界鮮明な紅斑、粘膜斑（乳白斑）やびらん、潰瘍がみられる。特

徴的な所見としては、口蓋垂を中心に対象的に両口蓋弓、両口蓋扁桃に至る、蝶が羽を広げたような形の粘膜斑である（梅毒性アンギーナ、butterfly appearance 鈴木安恒による）（口絵：図 2）。

そのほかに梅毒性口角炎が生じる。この時期は、発症部位から T.p. が検出される。全身的には発熱、皮疹（バラ疹）、手掌や足底の梅毒性乾癬、脱毛、陰部、肛門周囲の扁平コンジローマなど多様な所見が生じ、第 2 期に最も診断されやすい。

診断は、1 期は検鏡による T.p. の証明である。しかし暗視野法、ギムザ染色などによるが検出されにくい。2 期以後は、梅毒血清反応による。脂質抗原による STS と特異的 TP 抗原による TPHA、FTA-ABS 法を組み合わせる。その他分画 TPHA 法がある。STS は治療効果をみるために、TPHA や FTA-ABS は梅毒の確定診断に用いられる。

治療は、第 1 期例はバイシリン 120～160 万単位 2 週間、第 2 期例は 4 週間使用する。病変は 1～2 期では 1～2 週内に病変は消退する。

診断や治療については、本書第 2 部の「梅毒」の項をも参照されたい。

口腔咽頭の淋菌

口腔咽頭の淋菌感染症（口絵：図 3）は、梅毒とともに 1800 年代より報告されているが、産道感染の新生児や同性愛の oral sex による淋菌性口内炎等、稀な疾患であった。

近年、oral sex (fellatio, cunnilingus) の常習化や oral sex を行う風俗店の増加により、口腔咽頭の淋菌感染とクラミジア感染の増加についての報告例がみられる。それらによれば、生殖器淋菌感染例の 60% 以上に咽頭感染が認められたとし、尿道感染がなく咽頭のみ感染例や妊婦の咽頭感染の報告もある。

そのほかに、鼻涙管や oro-anal 感染も生じうる。今日、口腔咽頭感染は、感染部位としても、感染源としても、放置できない問題となっている。

しかし咽頭感染症は、男女とも 90% が無症状で、症状

が生ずる場合でも特徴的な所見がなく、軽度の急性咽頭炎や急性扁桃炎の所見、すなわち軽度の咽頭痛、咽頭粘膜の発赤、微熱程度である。咽頭は病状を生じない淋菌のコロニーであるともいわれている。

淋菌は、移行上皮、円柱上皮に易感染性であるので、主に咽頭に感染するが、一方、口腔では前方、すなわち歯肉炎、歯周囲、舌、頬部粘膜に生じ、地図様舌様の変化が3週持続するとの報告や、口腔では粘膜全体が発赤し、黄白色の偽膜におおわれ、剥離すると赤い潰瘍が現れ、急性炎症を生じるとの報告もある。

診断は、①拭い液からの分離培養（Modified Thayer Martin、New York 培地）、②核酸増幅法によるアプティマ Combo2（咽頭検体に対しては保険未適用）、BD プローブテック ET が近年用いられている。PCR は、口腔咽頭では常在菌のナイスリ菌との交差性があるため行わない。

治療は、本書第2部の「淋菌感染症」の項を参照。

口腔咽頭のクラミジア

クラミジア感染症は、全世界において最も患者数の多いSTDである。

近年 Chlamydia trachomatis の oral sex による咽頭の感染例が多数報告されている。しかし、90%が自覚症状を伴わず、適切な治療を受けないため、咽頭に保菌され、感染源になりうる。

一方、口腔咽頭の嚥下機能や常在菌、唾液の抗菌作用により、菌が消退し、咽頭から他部位への感染は少ないとの報告もある。

症状所見は軽微で、咽喉頭異和感や乾性咳嗽程度である。発熱はない。そのため、局所所見から診断しにくい。他科からのSTD感染の疑いで紹介を受け、発見されることが多い。

診断は、一般に拭い液からの抗原検出による。免疫学的検査法では IDEIA 法と chlamydiazyme 法があるが、感度特性が高い遺伝子診断法として PCR 法や LCR 法などを行う。近年、淋菌を同時に検出できるアプティマ Combo2（咽頭検体は保険未適用）、BD プローブテック ET が使用可能となった（拭い液に適応）。検体採取法としてはうがい法を推奨している報告もみられる。

治療は、局所的にはオラドルやアズノールの含嗽、

内服ではテトラサイクリンやマイクロライド系抗生物質、ニューキノロン系抗菌薬を1～2週用いる。除菌されない症例では2倍量、2週間使用し、除菌されたことを確認する。

咽頭所見、感染状況に応じ治療法を決める。

他者への感染予防が大切である。

そのほか、診断・治療については、「性器クラミジア感染症」の項をも参照されたい。

口腔咽頭のヘルペス

口腔咽頭粘膜に生ずる単純ヘルペス（HSV）は、初感染としては疱疹性歯肉口内炎、ヘルペス性咽頭炎（口絵：図4）、回帰性感染としてヘルペス性口唇炎（口絵：図5）として生じる。

STD としての口腔咽頭ヘルペス感染症においては、Ⅱ型が認められる。近年、STD としての HSV 感染が増加しているが、口腔咽頭においては、これが一般感染症として生じたものか STD かは、臨床所見からは鑑別が困難である。

しかし、STD としての口腔咽頭 HSV 初感染例は、一般の感染例に比し、激しい歯肉口内炎や咽頭炎を生じるのが特色である。特に口唇、舌下面、咽頭に発赤、数個から多発の小水泡、これが破れて多数のアフタ、びらん、白苔が生じ、喉頭にも及ぶ例がある。頸部リンパ節の腫脹もみられる。自覚症状としては、激しい咽頭痛や嚥下痛、38℃ 発熱がある。

診断は、一般には、①塗抹標本からの核内封入体の検出、②蛍光標識モノクローナル抗体法（Micro Trak Herpes 法）による HSV 抗原の証明、③ IgM 抗体の証明、④ペア血清の抗体値 IgG の4倍以上の上昇、などの検査所見による。

STD の診断は oral sex の病歴が重要である。加えて、Ⅱ型の分類が必要である。

治療は、①ソビラックス錠（200mg）5錠分5、5日間、②バルトレックス錠（500mg）2錠分2、5日間、③重症例にソビラックス注、④回帰性のヘルペス性口唇炎にはソビラックス軟膏を用いる。

このほか、治療については、「性器ヘルペス」の項をも参照されたい。

口腔咽頭のEBV

伝染性単核症 (kissing disease)(口絵：図6)は、Epstein-Barr-Virus 感染による。主に我が国では乳幼児期に感染するが、近年、青年、若成人期に異性との初接触により感染する症例に多い。欧米では kissing disease と称されており、STD の一つとして分類されている。このほかに、EBV は悪性腫瘍との関連も示唆されている。

症状は7～9日間の潜伏時期後、全身倦怠、38℃～39℃の高熱とともに咽頭痛、嚥下痛を生じる。咽頭所見は重要で、咽頭の高度の発赤、クリーム状の白苔が口蓋扁桃、咽頭扁桃、咽頭後壁に付着する。特徴的な所見として症状所見が扁桃に限局せず咽頭全体にわたることであり、そのほかに口蓋粘膜や皮膚に出血斑、また皮疹を生じることがある。頸部リンパ節は高度に腫脹する。血液検査では初期は白血球減少、のちに白血球増多、単核球、リンパ球は増加する。

診断は、

- ①咽頭所見：両口蓋扁桃のクリーム様の白苔付着、口蓋扁桃に限局せず。口蓋粘膜に出血斑を生じることがある。
- ②リンパ球、単核球の増加、異型リンパ球の出現、肝機能障害を示す。
- ③ Paul-Bunnell 反応は我が国では陰性例が多い。
- ④血清抗体、初期では VCA IgM 抗体および EA 抗体陽性ならば急性感染と診断する。後期には VCA IgG 抗体上昇。

治療は対症療法である。ペニシリンは発疹を生じることがあり、禁忌である。テトラサイクリンの有効例がある。

口腔咽頭の HIV 感染

HIV 感染症、AIDS(acquired immunodeficiency syndrome)

ヒト免疫不全ウイルス(HIV)感染は、経過により種々の症状が現れる。特に口腔咽頭には最も多くの症状がみられる。口腔咽頭所見を重視すること、そのため口腔咽頭の観察は HIV、AIDS の診断と CD4 陽性リンパ球の推移を推察するうえで重要である。近年、梅毒の合併例が

多い。

以下、口腔咽頭に主に現れる HIV、AIDS 所見について述べる。

診断・治療に関しては、本書第2部の「HIV 感染症/エイズ」の各項をも参照されたい。

1) カンジダ症(口絵：図7、8)

口腔咽頭所見としては最も多い症状は、日和見感染としてのカンジダ症(主に *C. albicans*)である。HIV 感染初期においても現れるため、HIV 感染を診断することが可能である。一般的には、偽膜性カンジダ症で白斑、白苔が粘膜を覆う。好発部位は、舌、口蓋粘膜、頬部粘膜である。AIDS 進行例では、30～60%が食道まで及ぶ。慢性化すると、肥厚や潰瘍の所見がみられる。

偽膜性カンジダ症の他に、紅斑性(萎縮性)、肥厚性カンジダ症、口角炎もみられる。症状は、初期には無症状であるが、のちには味覚障害、嚥下障害、疼痛を訴える。

2) 口腔毛様白板症(口絵：図9)

HIV 感染の特徴的所見で、舌前方の舌縁に垂直に走る白斑がみられる。舌の扁平上皮内の EBV 感染によるといわれている。主に ARC に発症するため AIDS の予後の判定に役立つ。

一般に自覚症状はないが、灼熱感、不快感を生じることがもある。

3) カボジ肉腫

AIDS の特徴的な悪性腫瘍である。海外例では多数の症例が報告されているが我が国では少ない。主に男性同性愛者にみられ、HIV-8 感染といわれている。好発部位は、口蓋と歯肉部粘膜である。初期には自覚症状がなく、扁平の紅斑が生じ、そののち赤紫色ブドウ状の隆起がみられ、これが融合し、結節様腫瘍となる。

同時に頭頸部や四肢の皮膚にも現れる。確定診断は生検による。そのほか急性壊死性歯肉炎、歯周囲炎、悪性リンパ種等が口腔咽頭に生じる。

診断は、特徴的所見と、年齢と部位、経過、難治性より HIV 感染を疑い、HIV、AIDS 基準検査により決定する。

まとめ

耳鼻咽喉科医は、性感染症を性器のみの疾患としてではなく、口腔咽頭も含めて、常に注意して観察しなければならない。近年、口腔咽頭の淋菌やクラミジア感染の増加、あるいは感染源となる症例がみられており、泌尿器科、婦人科、皮膚科、口腔外科などとコミュニケーショ

ンを十分にとる必要がある。口腔咽頭の STD 感染あるいは感染疑の場合、まず耳鼻咽喉科への紹介を受け、症状、所見を観察し、生活状況を把握の上、今後の治療方針を決めたい。

同時に oral sex による STD 感染予防対策が必要である。