

マダニに24～48時間以上咬まれたときに侵入されやすい。アメリカでは *Borrelia burgdorferi* (*sensu lato*) によるものが多いが、日本では *B. garinii* と *B. afzelii* によって発症し、抗 *B. burgdorferi* 抗体検査は陰性になることがある。日本ではシュルツェマダニ *Ixodes persulcatus* によることが大部分である。

### 検査所見

**ボレリア特異抗体の検出**：抗 *B. burgdorferi* 抗体検査を施行するが、日本での感染例では陰性のこともあり注意を要する。

**病原体検出**：皮膚病変から分離培養を行う。ウェスタンブロット法によるボレリア蛋白 (OspC など) および nested PCR 法によるボレリア DNA の証明なども有用となる。

### 診断・鑑別診断

マダニの刺し口と慢性遊走性紅斑が認められればほぼ診断可能であるが、確定診断は抗体検査や病原体の分離培養による。本症は4類感染症であり、診断した医師は直ちに保健所への届出を行う。

### 治療

ドキシサイクリン (テトラサイクリン系) やペニシリンを服用する。第2期や第3期では、神経への移行がよいセフトリアキソンを使用する。3～4週間の投与で症状が改善することが多い。

## 2. ツツガムシ (恙虫) 病

scrub typhus, tsutsugamushi disease

### Essence

- ダニの一種であるツツガムシが媒介する、リケッチア感染症。
- 発熱、刺し口、発疹を3主徴とする。高熱をきたし、ツツガムシの刺し口を認める。体幹に淡紅色斑を生じる。
- 治療はテトラサイクリン系抗菌薬、クロラムフェニコール。

### 症状

ツツガムシに刺されて5～14日後に、突然悪寒や頭痛を伴う40℃前後の発熱を生じる (図 28.13)。注意深く全身を観察するとツツガムシの刺し口が見つかる。主に体幹や陰部、腋窩で観察され、刺し口は直径1～2cmの浸潤性紅斑で、中心に黒色痂皮をつける。発症して2～7日後に、体幹を中心に2～5mm大の淡紅色斑 (ばら疹) が広がり、7～10日で消失する。



図 28.12 慢性遊走性紅斑 (erythema chronicum migrans)

重症熱性血小板減少症候群 (severe fever with thrombocytopenia syndrome ; SFTS) **MEMO**

ボレリア感染と皮膚疾患 **MEMO**

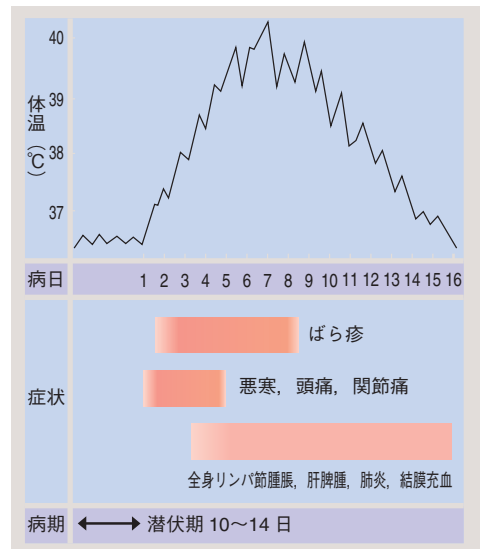


図 28.13 ツツガムシ病 (scrub typhus, tsutsugamushi disease) の臨床経過

表 28.2 ツツガムシ病および類似疾患の比較

|  |
|--|
|  |
|--|

全身の有痛性リンパ節腫脹や結膜充血，咽頭発赤，肝脾腫，肝機能障害，DICなどを生じうる。

#### 病因・疫学

ツツガムシリケッチア *Orientia tsutsugamushi* による。媒介者はアカツツガムシ *Leptotrombidium akamushi*，フトゲツツガムシ *L. pallidum*，タテツツガムシ *L. scutellare* である。ダニの一種であり，いずれも体長は0.4mm程度である。これらがヒトに吸着し6時間以上吸血した場合に，リケッチアが侵入し発症する。ツツガムシが病原リケッチアをもっている可能性は1%以下といわれている。ヒトからヒトへの感染はない。日本では，北海道や沖縄を除く全国で報告がみられる。

#### 診断・鑑別診断

刺し口や発疹に気づかなければ，インフルエンザなどの熱性疾患とされてしまい診断が遅れる。抗リケッチア IgM の上昇や IgG ペア血清での上昇，末梢血からの nested PCR 法によるリケッチア DNA の検出で診断する。他のリケッチア性疾患である日本紅斑熱やロッキー山紅斑熱との鑑別が問題となる（表 28.2）。本症は4類感染症であり，診断した医師は直ちに保健所への届出を行う。

#### 治療

テトラサイクリン系抗菌薬あるいはクロラムフェニコールを早期に用いる。

### 3. リーシュマニア症 leishmaniasis

#### 定義

トリパノソーマ科の原虫であるリーシュマニア *Leishmania*