

感染症疫学情報 「日本紅斑熱」

令和4年6月3日 岐阜県感染症情報センター(岐阜県保健環境研究所)



日本紅斑熱はマダニ媒介性のリケッチア症であり、「発熱」、「発疹」及び「刺し口」が主要3徴候とされています。その発生地域は年々拡大し続けており、令和3年には岐阜県内で初めて日本紅斑熱患者が報告されています。日本紅斑熱をはじめリケッチア症には、テトラサイクリン系の抗菌薬が著効を示しますが、有効な治療法があるにもかかわらず、その死亡例の報告数は増加傾向を示しています。

■ 医師のみなさまへ ー検査依頼時の留意点(より迅速に実験室診断を行うために)ー

日本に常在する代表的なリケッチア症としては日本紅斑熱とつが虫病があり、ともに感染症法に基づく全数把握の4類感染症となっています(日本紅斑熱はマダニの刺咬、つが虫病はダニの仲間のツツガムシの刺咬により感染)。これらリケッチア症を疑った場合には、実験室診断の結果を待たず直ちに抗菌薬の投与が勧められていますが、臨床的な鑑別が難しく、その確定には血清診断法や遺伝子検出法による実験室診断が必要とされています。日本紅斑熱については、所管の保健所を通じて地方衛生研究所や国立感染症研究所等で検査が可能ですが、検査法によっては結果までに長期間を要するものや、抗菌薬投与後の検体では検出効率が低下するものがあり注意が必要です。そのため日本紅斑熱を疑った場合は以下のことに留意して検体採取を行い、そのうえで地方衛生研究所等での検査を希望される場合は、最寄りの保健所へご連絡ください。

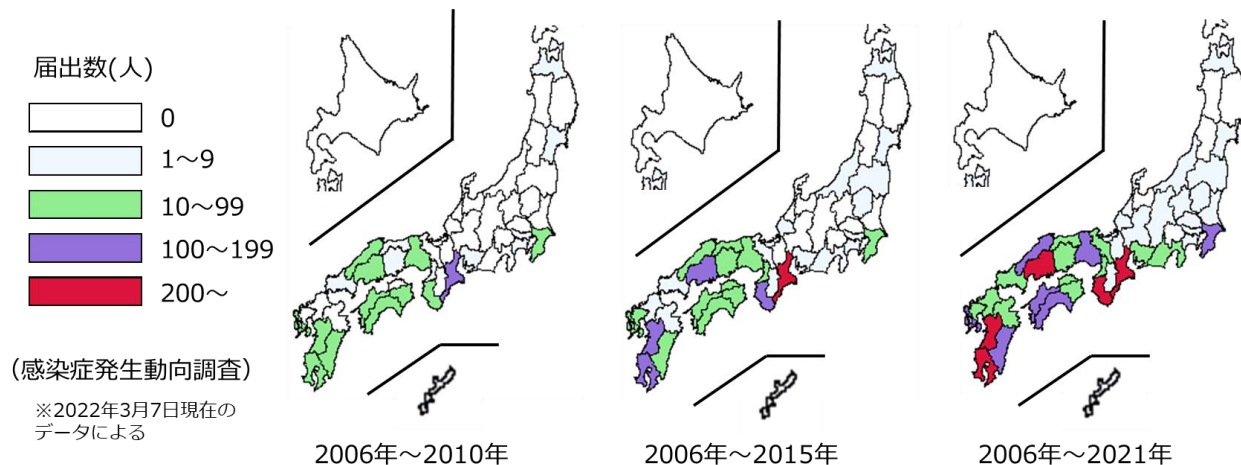
日本紅斑熱の実験室診断に用いられる検査系の長所と短所

	検体	検査法	長所	短所
1	刺し口痂皮(eschar)	遺伝子検出法	<ul style="list-style-type: none"> ・抗菌薬投与後に採取しても検出できることが多い。 ・検出効率が高く、急性期に検出できることが多い。 	<ul style="list-style-type: none"> ・患者によって痂皮が認められず、採取できない場合がある。(2007～2019年の報告患者2,726人のうち、刺し口が認められたのは67%)
2	急性期血液(全血)	遺伝子検出法	<ul style="list-style-type: none"> ・痂皮が認められない場合でも、検体を採取できる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・<u>抗菌薬投与前の採取を必要とする。</u> ・検出効率が低く、急性期でも陰性となる場合がある。
3	血清	血清診断法	<ul style="list-style-type: none"> ・遺伝子検出法による判定が難しい場合でも、ペア血清により抗体上昇を確認できる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・急性期は抗体上昇の確認が難しく、また<u>抗体上昇までに長期間を要する場合がある。</u>



日本紅斑熱患者にあったマダニの刺し口と痂皮(写真提供:伊勢赤十字病院 坂部茂俊先生)

日本紅斑熱患者の届出状況（2006年～2021年）

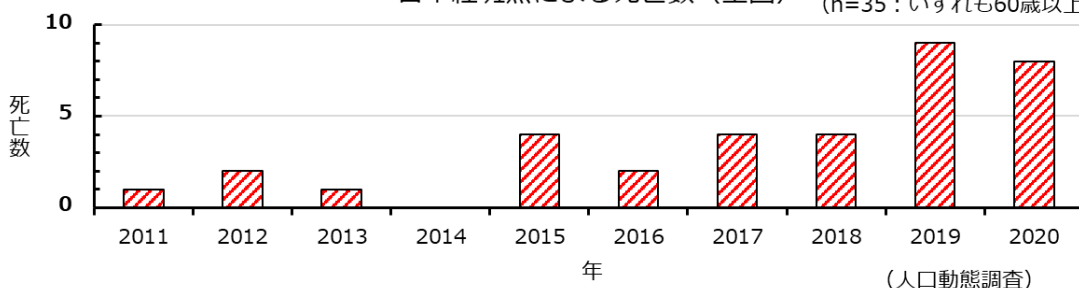


全国の日本紅斑熱届け出数



日本紅斑熱による死亡数（全国）

(n=35：いずれも60歳以上)



■ 日本紅斑熱対策における課題

● 診断検査体制の強化

日本紅斑熱の実験室診断に用いる検査法は、保険適用ではないため検査可能施設は限られており、またこれまでに発生報告例の少ない自治体では情報の蓄積が少なく、検査が容易に行えない場合もあります。同検査は地方衛生研究所にて実施可能ですが、迅速かつ効率的に行うためには、各検査系の留意点及び長所短所を医療機関とも共有し、臨床判断から実験室診断へと滞りなく進められる診断検査体制の構築が必要と考えられます。

■ 参考文献

- 福井大学医学部附属病院 医療環境制御センター・感染制御部「リケッチア症診療の手引き」
(※リケッチア症診療のフローチャートや検体採取の方法など、詳細情報が掲載されています。)
<https://www.hosp.u-fukui.ac.jp/wp/wp-content/uploads/r-tebiki20190422.pdf>
- 国立感染症研究所：「日本紅斑熱 1999～2019年」, IASR Vol. 41 p133-135: 2020年8月号
<https://www.niid.go.jp/niid/ja/jsf-m/jsf-iasrtpc/9809-486t.html>