

表 1 胎内治療と検査値の推移

	29w4d	30w3d	31w4d	32w3d	33w4d	34w3d	35w4d
母体 CMV IgG (EIA cut off : <2.0)	16.0	15.0	17.0	18.0	23.0	15.0	17.0
母体 CMV IgM (EIA cut off : <0.8)	1.84	1.80	1.58	1.72	1.77	1.44	1.55
治療 (γ-globulin)		2.5 g		2.5 g		2.5 g	
母体 CMV DNA (copy/ml)	180	54	<20	33	<20	<20	<20
羊水 CMV DNA (copy/ml)	7.6×10 ⁶		6.0×10 ⁷	2.7×10 ⁷	8.0×10 ⁷	9.3×10 ⁷	5.3×10 ⁷
胎児腹水 CMV DNA (copy/ml)	23,000		2,000	150	120	<100	<100
臍帯静脈血							
pH		7.33		7.38		7.44	
Hematocrit (%)		32		36		38	
Hemoglobin (g/dl)		10.5		12		12.6	
Base Excess (mmol/l)		0.4		0		-0.6	
Total Protein (g/dl)		3.8		4.3		4.6	
AST (IU/l)		20		26		29	
ALT (IU/l)		2		4		5	
LDH (IU/l)		341		366		422	
γ-GTP (IU/l)							
CMV IgG (EIA cut off : <2.0)		(+)		1,458		1,164	
CMV IgM (EIA cut off : <0.8)		(-)		8.37		36.0	
CMV DNA				0.11		0.16	
							(-)

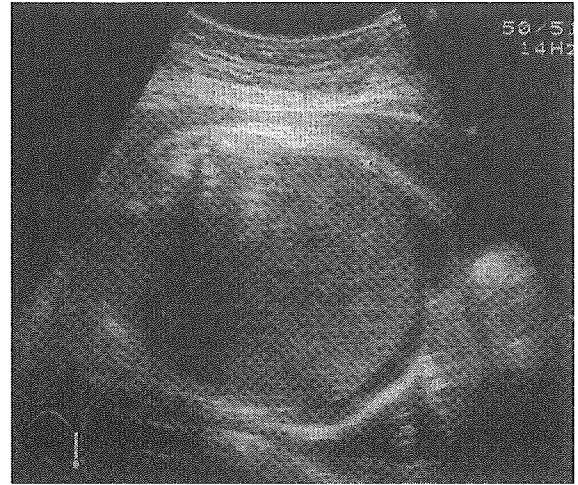


図 2 33週における胎児腹部エコー

頻回に施行し、子宮収縮抑制剤と抗生物質を2日間投与した。

4. 治療経過

主な検査項目を表1に示した。

妊娠33週で超音波検査上、胎児腹水は著明に減少し(図2)、妊娠34週で胎児腹水中のCMV DNAは測定感度以下となった。胎児血においてγGTPが高値であったが、胎児貧血は改善した。羊水の中のCMV DNAは高値のまま推移した。

推定体重は増加傾向にあったが、子宮内胎児発育遅延(IUGR)が顕性化した。治療前に比べ、腹水の減少とともに腹囲も減少したので、マスクされていたIUGRが顕在化したものと思われた。

5. 転 帰

骨盤位、IUGRにて妊娠36週3日に選択的帝王切開術を施行した(全身麻酔)。2084g、女児、Apgar score 3/9(1/5 min.) (図3)。

6. 胎盤病理所見

Mild villitis with CMV inclusion bodies (図4)。

7. 新生児予後

出生直後の新生児血清CMV DNAは測定感度以下であった。

主な血液検査所見を表2に示す。血小板減少症と胆管系酵素の上昇を認めるが経過観察のみ

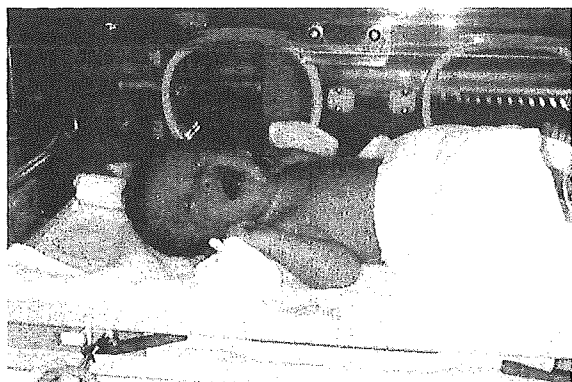


図 3 出生児

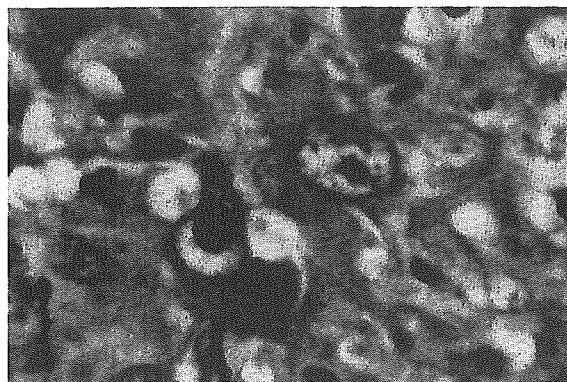


図 4 胎盤, CMV 封入体

表 2 新生児血液所見の推移

	日齢 1	日齢 10	日齢 20
RBC ($\times 10^4/\mu l$)	404	387	360
Hb (g/dl)	16.5	15.1	11.9
Hct (%)	49.3	42.2	32.9
WBC ($\times 10^3/\mu l$)	11.5	11.9	10.6
Lymph (%)	58.3	66.3	73.4
Plt ($\times 10^4/\mu l$)	6.9	11.3	24.9
T-bil (mg/dl)	4.2	9.6	3.3
TP (g/dl)	6.1	6.7	6.6
Alb (g/dl)	3.4	3.8	4.0
AST (IU/l)	47	38	35
ALT (IU/l)	12	10	24
LDH (IU/l)	631	450	445
LAP (IU/l)	592	497	310
γ -GTP (IU/l)	1,061	685	340
BUN (mg/dl)	6	4	9
Crea (mg/dl)	0.43	0.33	0.28
CRP (mg/dl)	0.6	0.3	0.3

で良好な状態となった。

新生児脳 MRI では、頭頂葉の一部に極軽度の血管性浮腫像を認めるものの石灰化などの異常所見はなく、1カ月後の MRI で所見は消失した。

4日齢における ABR にて軽度の反応低下をみた。精査により片側の聴力障害と診断され、現在リハビリを施行している。観察期間1年を通じて、知能発達をふくめおおむね健常な発達をとげている。

II. 考 察

先天性 CMV 感染症のスクリーニングと出生前診断法については Lazzarotto⁷⁾ より提唱された方法が受け入れられている (図 5)。また, Guerra ら⁸⁾ は, 羊水定量 PCR 法にて $\geq 10^3$ genome equivalent で先天性 CMV 感染症の発症 (感度 75.0%, 特異度 100%) を, $\geq 10^5$ genome equivalent で症候性 CMV 感染症の発症 (感度 81.3%, 特異度 100%) を予知できたとしている (図 6)。

これらの報告をふまえて本症例を考えることとする。

妊娠後期の超音波検査にて初めて認知され精密検査を受けているので、妊娠初期のスクリーニングはなされていない。しかし、母体の CMV IgG, CMV IgM の動きが表 1 のごとく変化に乏しいことから、再活性化が強く疑われた。

羊水、胎児腹水中の CMV DNA が定量できたこと、および、経皮的臍帯血採血 (PUBS) による胎児血液、生化学所見より、病勢が活動期にあることが推察された。症候性先天性 CMV 感染新生児の予後の重篤さを考慮にいとると、29 週といえども早期娩出は最前の処置とは考えにくいと思われた。

山田ら⁹⁾ の報告にみられるように胎児に直接 γ グロブリンを注入する方法が検討されたが、その際に論点となったのは、① 治療効果判定の方法をどうするか、② 胎児への投与方法を

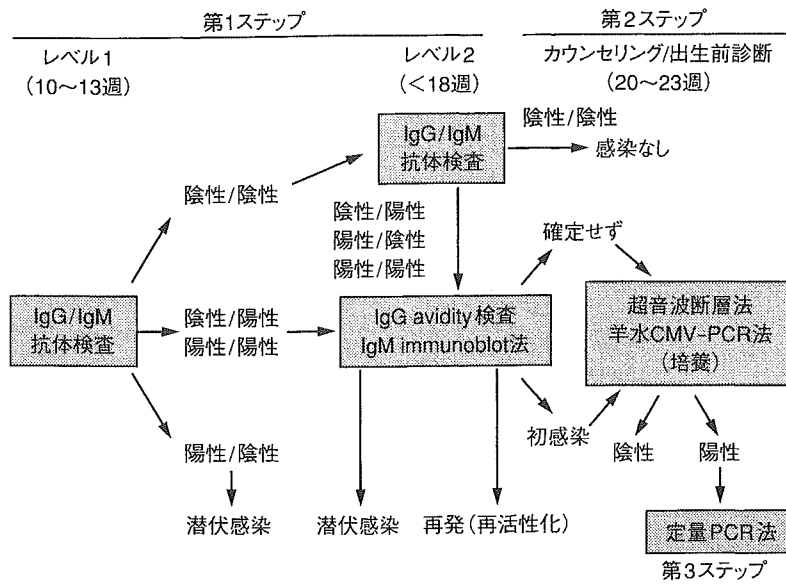


図 5 先天性 CMV 感染症のスクリーニングと出生前診断法 (Lazzarotto T, et al, Intervirology 42, 1999)

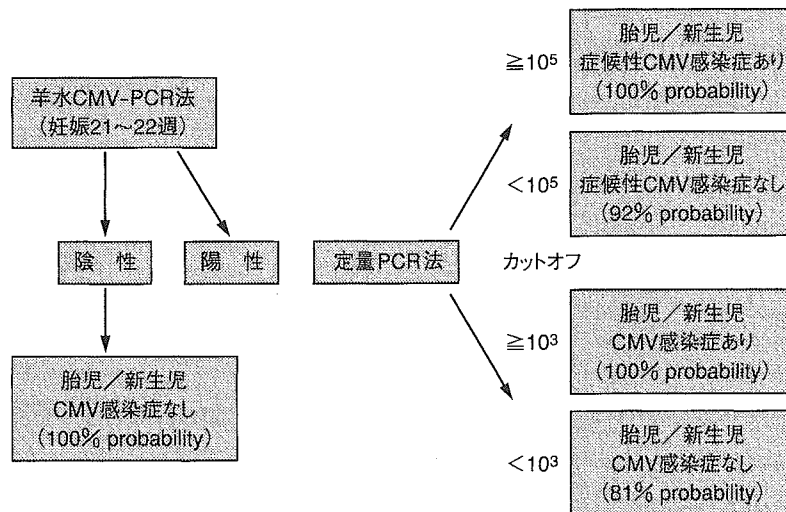


図 6 定量 PCR 法による先天性 CMV 感染症の出生前診断法 (Guerra B, et al, Am J Obstet Gynecol, 183, 2000)

どうするか、③胎児への血液製剤使用歴の保存をどうするかであった。

①については根岸、山田ら⁹⁾が述べているように、 γ グロブリンを注入した後で臍帯静脈血中のCMV IgGを測定しても、CMV IgGの上昇がすなわちCMVの活動性の低下と直接結びつくか否かは不明である。そこで、胎内治療の効果を判定するにはCMV DNAを定量することが必要と考え、リアルタイムPCR法を利用することとした。ただし、リアルタイム

PCR法にはある程度の量が必要であり、一度に少量の採血しかできないPUBSでは、血ガス、血算、生化学的検査を犠牲にしないと施行困難である。本症例では胎児腹水を採取でき、これを利用することとした。

②については胎児輸血のごとく経臍帯静脈的に投与するか、もしくは直接腹腔内に投与するかの問題である。どちらの方法でも23GのPTC針を用いて超音波ガイドで施行すれば手技的には安全に施行可能である。胎内における

薬剤の代謝速度を考え、直接腹腔内投与とした。

③胎内における輸血、および血液製剤投与の記録保存については母体のカルテに添付保存する方法、胎児カルテを作成し保存する方法などが考えられるが、本症例では母体カルテに記録を添付することとした。当院では現在は胎児カルテを作成し記録を保存している。

胎内治療を試みて得た新しい知見として、

① 母体血中 CMV IgG, IgM の定量は胎内環境を直接反映しているとはいえない。

② 羊水中の CMV DNA は妊娠期間を通じて高値を持続し、感染の診断には有用だが治療効果をみるうえでは信頼できない。

③ 胎児腹水中の CMV DNA 定量は感染診断、治療効果判定に有用である。

④ γ グロブリンの胎児腹腔内投与は胎児水腫に著効し、胎児貧血も改善した。

⑤ 今回は聴力低下の発生を阻止し得なかった。また、 γ GTP の上昇がみられた。などがあげられる。

ところで、文献的には、母体の初感染による先天性 CMV 感染症であっても、続発症は後障害を呈するものは約 10% であり、残りは正常に出生し経過する¹⁰⁾といわれ、初感染の場合のほうがより症候性 CMV 感染症の頻度が高く、より重症であるとされる¹¹⁾一方、再感染または潜伏感染の再活性化でも初感染と同頻度の重症例がみられるとの報告¹²⁾もある。最近の本邦の報告では、症候性感染児数は年間 50~100 例と推定されている¹⁾。また、本邦では潜伏感染の再活性化の方が頻度的に高いとの報告もある¹³⁾。潜伏感染の再活性化をスクリーニングすることは非常にむずかしいと考えられ、実際の診療場面では胎児の異常がみつかって初めて治療を考慮することが多いと考えられる。よって、現時点では、症候性 CMV 胎内感染を疑った場合、ただちに羊水中の CMV DNA 定量を行うのがよいと考える。

全国サイトメガロ母子感染全国調査¹⁾の結果では、症候性 CMV 感染症の続発症発現は全体

の 78% にみられている。中絶か、早期娩出か、という選択をせざるを得ない現状を考えると、胎内治療の開発が大いに期待される。しかし、先天性 CMV 感染症に対する妊娠中の治療法はまだ確立しているとはいえず、ガンシクロビル¹⁴⁾、 γ グロブリンがわずかに試みられているのみである。

今回の経験から、 γ グロブリンを胎児に注入する方法は比較的安全であり画期的な胎内治療法として検討に値する方法と考える。

文 献

- 1) 森田 誠, 森島恒夫, 山崎俊夫, 他: サイトメガロウイルス母子感染全国調査. 日児誌, **101**: 769-775, 1997.
- 2) Stagno S, Pass RF, et al: Maternal cytomegalovirus infection and perinatal transmission. Clin Obstet Gynecol, **25**: 571, 1982.
- 3) Pass RF, Stagno S, et al: Outcome of symptomatic congenital cytomegalovirus infection: results of long-term longitudinal follow up. Pediatrics, **66**: 758, 1980.
- 4) 山田秀人, 根岸宏明, 藤本征一郎: サイトメガロウイルス母子感染の問題. 周産期医学, **31**(5): 585-591, 2001.
- 5) 黒田浩一: サイトメガロウイルス感染—感染の時期と児の予後—. 産婦の世界, **50**: 107-113, 1998.
- 6) 干場 勉, 朝本明弘, 矢吹朗彦: 妊婦のサイトメガロウイルス抗体保有率の低下. 日本臨床, **56**: 193-196, 1998.
- 7) Lazzarotto T, Varani S, et al: New advances in the diagnosis of congenital cytomegalovirus infection. Intervirology, **42**(5-6): 390-397, 1999.
- 8) Guerra B, Lazzarotto T, et al: Prenatal diagnosis of symptomatic congenital cytomegalovirus infection. Am J Obstet Gynecol, **183**(2): 476-482, 2000.
- 9) Negishi H, Yamada H, et al: Intraperitoneal administration of cytomegalovirus hyperim-

- munoglobulin to the cytomegalovirus-infected fetus. J Perinatol, 18 : 466-469, 1998.
- 10) 千葉峻三: サイトメガロウイルスと母子感染. 産婦治療, 57 : 650-653, 1988.
- 11) Fowler KB, Stagno S, Pass RF, et al: The outcome of congenital cytomegalovirus infection in relation to maternal antibody status. N Engl J Med, 326 : 663-667, 1992.
- 12) Griffiths PD, Baboonian C, Rutter D, et al: Congenital and maternal cytomegalovirus infections in a London population. Br J Obstet Gynaecol, 98 : 135-140, 1991.
- 13) Hirota K, Muraguchi K, Watanabe N, et al: Prospective study on maternal, intrauterine and perinatal infections with cytomegalovirus in Japan during 1976-1990. J Med Virol, 37 : 303-306, 1992.
- 14) Revello MG, Percivall E, Baldanti F, et al: Prenatal treatment of congenital human cytomegalovirus infection by intravascular administration of ganciclovir. Clin Diag Virol, 1 : 61-67, 1993.

* * * *

学会案内

卵巣に関する国際カンファレンス 2004 開催のお知らせ

代表世話人: 石塚文平 (聖マリアンナ医科大学)

日 時: 平成 15 年 5 月 29 日 (土) AM 9 : 00~PM 17 : 30

会 場: 都市センターホテル

〒 102-0093 東京都千代田区平河町 2-4-1 TEL : 03-3265-8211

セッションテーマ: I Recent Advances in Basic Ovarian Physiology

II Recent Advances in Fertility Conservation

III Recent Advances in PCOS

ランチョンセミナー (日本語講演): ヒト卵と胚におけるガラス化保存法

一般演題募集: 「Ovarian Physiology, Pathophysiology および Fertility Conservation」のテーマで一般演題 (ポスター) を募集致します。演題申込ご希望の方は下記事務局宛にご連絡下さい。

演題申込締切: 平成 15 年 3 月 17 日 (水)

参加費: 医師 15,000 円, エンブリオロジスト・学生等 10,000 円

事前申込締切: 平成 15 年 5 月 22 日 (土)

※締切日以降の参加申込は当日会場にて受付致します。

定 員: 250 名 (定員になり次第締め切らせて頂きます)

申込先及び問合せ先: 卵巣に関する国際カンファレンス事務局

(聖マリアンナ医科大学産婦人科学教室内)

〒 261-8511 神奈川県川崎市宮前区管生 2-16-1

TEL : 044-977-8111 (内線 3327), FAX : 044-977-2944

E-mail : ransoconf@convex.co.jp

免疫低下(HIV 感染症)と食事

谷口晴記
Haruki Taniguchi

Key words : HIV 感染妊婦, 食事, 微量栄養素

はじめに

国連合同エイズ計画(UNAIDS)と世界保健機関(WHO)が、昨年末に発表した報告書「AIDS Epidemic Update 2004」によると、2004 年末推計で、世界の成人の HIV(ヒト免疫不全ウイルス)感染者は 3,720 万人に上り、そのうち女性が半数近くの 1,760 万人に達した。特にサハラ砂漠以南のアフリカでは、女性が成人の感染者の 60%近くに上った。2004 年に新たに確認された感染者数は 490 万人で、エイズによる死者は 310 万人と推定されている。アフリカ以外の地域では、中国、インドネシアおよびベトナム、東欧および中央アジアではウクライナとロシア連邦での増加が確認されている。一方、厚労省の発表によると 2004 年日本国内の 1 年間の HIV 感染・エイズ患者数が初めて 1,000 人を突破し、累計で 1 万人を超えた。先進国の中で、唯一エイズ患者数が増加傾向にあることが指摘されている。

我が国における HIV 感染妊婦数は 2004 年度までに、総数で 423 例が報告された。1997 年以降毎年 30 例を超す HIV 感染妊婦が発生し、さらに 2004 年度の HIV 抗体検査 10 万当たりの症例数は 10.1 人であり、この値は増加傾向にある¹⁾。このような中で、HIV 感染妊婦の診療に携わる機会も増すとおもわれる。診療に関して、HIV 母子感染予防対策マニュアル第 3 版 (<http://api-net.jfap.or.jp/siryou/>

siryou_Frame.htm)²⁾を参照されたい。本編では、HIV 感染妊婦と食事・水・栄養について紹介したい。

HIV 感染と妊娠の相互作用

HIV 感染と妊娠の相互作用について、アメリカやヨーロッパの研究では、妊娠は HIV 感染症の経過には何の影響も与えないことが示されている。HIV 感染によって妊娠の結果に影響が及ぶか否かについて、抗ウイルス薬が治療に用いられるようになる以前に先進国で行われた研究では、未熟児、低出生体重児および子宮内胎児発育遅延(IUGR)の割合は HIV 感染群、非感染群ともに同頻度であった³⁾。しかし、開発途上国での研究によれば、HIV 感染女性から生まれた新生児では、未熟児や低出生体重児、IUGR、死産などの頻度が HIV 非感染者の類似群よりも高いことが示され、また、HIV 感染が重度である群ほど、児に好ましくない結果が生じる率が高いことも示されている。開発途上国において、HIV 感染女性から生まれた新生児の HIV 感染に直接関係した死亡率も上昇することが報告されている。おそらく開発途上国にみられる貧困、低栄養、差別などが複雑に絡み合っていると思われる⁴⁾。未熟児や低出生体重児に関係する因子の頻度は、HIV 感染者と非感染者とで同様であり、これらの因子は異常妊娠の既往歴や、高血圧、多胎妊娠、喫煙、妊娠経過中の出血、腔トリコモナス感染などを含んでいる。抗ウイルス治療がなされていない場合、CD4⁺リンパ球数が低いことも不利な転帰のリスクファクターの一

三重県立総合医療センター産婦人科
〒510-8561 四日市市大字日永 5450-132

つとなるが、抗ウイルス薬の治療が行われている場合、母体の HIV ウイルス量および CD4⁺リンパ球数は異常妊娠との直接関連はないとされている³⁾。

HIV 感染患者と食事・水・栄養

レトロウイルスの一種である HIV の感染である HIV 感染症は、無治療で約 10 年の無症候期を経て CD4⁺リンパ球数が減少する。高度の免疫不全を生じ、エイズを発症し、日和見感染症や悪性腫瘍が生じてくる。エイズ発症の比較的初期から HIV 消耗性症候群がみられ、通常の体重の 10%を超える不自然な体重減少に加え、慢性的な下痢(1 日 2 回以上、30 日以上)の継続)や慢性的な発熱があることがある。下痢については、サイトメガロウイルス、サルモネラ菌、赤痢菌、赤痢アメーバや、クリプトスポリジウムなどの感染によることが多いとされている(サーベイランスのためのエイズ診断基準：厚生省エイズサーベイランス委員会、1994)。

通常に免疫能が保たれていれば重篤化しないですむものが、HIV 感染患者では食事あるいは飲料水から容易に感染し重篤化するため、その安全性に留意する必要がある。HIV 感染患者では通常作られている食事でも重要な問題になることがある。サルモネラ菌による食中毒は、一般人に比べ約 20 倍罹患しやすく、さらに重症化しやすい。キャンピロバクターも同様である。生や十分火が通っていない魚を食べることによって起こることが多い。リステリア、細菌性赤痢、コレラおよび腸炎ビブリオも、汚染された牛乳、アイスクリーム、レタス、生牡蠣、十分加熱されなかった七面鳥やホットドッグなどによって媒介される⁵⁾。

またクリプトスポリジウム症は原虫による感染で、ひどい下痢を引き起こし、エイズ患者ではより重症化する。生水を飲むことが問題で、人間や動物のし尿で汚染されるかもしれない川や湖で泳ぐのは避けるべきである⁵⁾。欧米でも水道水を通じての集団感染があるが、日本でも報告例があるため、水は煮沸してから飲む習慣が大事である。

栄養状態は感染症に対して影響を及ぼす。鉄欠乏

は開発途上国の豆を主食とする人々に多く、亜鉛摂取不良であると体調不良になる。亜鉛欠乏は HIV 感染に合併しやすく、血中の T リンパ球数の減少をもたらす⁶⁾。複数の微量栄養素欠乏は HIV 感染の早いうちから始まるので、HIV 感染した個体にとって微量栄養素の必要性が増大する。HIV に感染している個体は、組織の中の鉄を、特に骨髄、脳、筋肉、肝臓、および脾臓に蓄積する傾向がある。この鉄の蓄積あるいは付加は鉄の保有にかかわる慢性炎症反応に関連されるようだ⁷⁾。ビタミン B₁₂の血中濃度はエイズの進行に伴い低下する。いくつかのビタミン B 群の高い血中濃度は長期生存例と関連している。

不十分な栄養摂取あるいは栄養物を体内で利用することができない状態となったようなとき、体形変化やウエイティングと呼ばれる激やせのような状態になる。体重がどんな理由であれ、標準体重の 60%を切ると死にいたることがある⁸⁾。以前から、複数のビタミンを組み合わせる HIV 感染者に投与すると、HIV の進展を遅らせることができるという観察結果を背景として、タンザニアのダルエスサラームで、HIV に感染した妊婦 1,078 例を二重盲検プラセボ対照試験に組み入れ、ビタミン A(ビタミン A の前駆体とβ-カロテン)、総合ビタミン剤(ビタミン B, C, E)、またはその両方を毎日補給することが HIV 疾患の進行に及ぼす影響が検討された。2003 年 8 月まで追跡がなされた(平均追跡期間：71 カ月)。

その結果 AIDS の進行および死亡にいたったハイリスク症例の割合は、プラセボ群(31.1%)、ビタミン A 群(29.0%)、併用群(26.1%)、総合ビタミン群(24.7%)の順であった。血液検査を行ったところ、プラセボ群と比べて、総合ビタミン群では、CD4⁺リンパ球数および CD8⁺リンパ球数が増えるいっぽう、HIV ウイルスの数は減少していた。ビタミン A 群と、併用群では、この効果ははっきりせず、妊婦が出産した場合に、HIV の母子感染率は、かえって高くなる結果だった。そこで抗 HIV 薬が適応とならない比較的初期の段階で、ビタミン A を含まない総合ビタミン剤が低コストの治療薬として推奨される

とした⁹⁾。ところで、この研究に対するニューイングランド誌のエディトリアルは、およそ以下のようなコメントをしている。今回の研究は、先行してタイで行われた小規模な臨床試験の結果ともあわせて、エイズの進行と死亡に対するビタミン補給剤の効果の可能性を示す結果として重要である。ただし、先進国の HIV 感染者にも、今回の結果があてはまるかどうかかわからない¹⁰⁾。

「2005 年までに世界で 300 万人の HIV 感染者に抗ウイルス療法を行う」ことを目標に掲げて 2003 年に始められた WHO の「3 by 5」政策などの影響で、アフリカでも抗ウイルス剤を受ける層が増えてきたことも事実である。HIV 感染・エイズ発症による体重減少や、栄養障害の問題から栄養支援が必要であることは言うまでもないが、経済的に貧しい国々での栄養の問題は、まず食糧調達を指す。いかに継続的に食糧を供給するか、またどのように患者に配分するかが重要な課題となっている¹¹⁾。

HIV 感染妊婦と栄養

微量栄養素のうちビタミン A は妊娠にとって必須である。ビタミン A 欠乏のオス動物は精子を作ることができない。ビタミン A の血中濃度の低下は、女性の妊孕能に否定的に働くといわれている。ビタミン A 欠乏症は胎盤感染に関係がある。妊娠は母体と胎児の双方にビタミン A 欠乏症のリスクを増加させる。最近の研究では、妊娠中のビタミン A を含む補助食品投与は、HIV 母子感染リスクの低下や幼児死亡率に対しベネフィットがない^{10,12)}。しかしながら、カロテンの母体投与は母体死亡率を 50%低下させる。カロテンの血中濃度は米国とナイジェリアにおいて子癇前症の際低下している。また前期破水の際にも低下する⁷⁾。そのためユニセフでは発展途上国の妊産婦に、出産前後 6 週間ビタミン A カプセルを定期的に投与するプロジェクトを行っている。

HIV/エイズが妊娠中の鉄や葉酸に及ぼす影響についてのデータはほとんどないが、Friis らは、ジンバブエでの研究で、HIV 感染が妊婦の微量栄養素に変化を与えることを報告している¹³⁾。HIV 非感染の

妊婦に比べ HIV 感染妊婦では血中の葉酸、フェリチンおよびレチノール酸(ビタミン A)が低下し、これらは HIV 感染に伴う貧血と関係していた¹³⁾。米国では、ほとんどの妊婦が、鉄欠乏の事実がなくても鉄を含む補助食品をとるように勧められている。

HIV 感染妊婦は、バランスのとれた食事から必要な栄養をとるべきである。適切に蛋白質を摂取することは、細胞性免疫能、補体や食能を正常に保つ。HIV 感染妊婦のための特別な栄養推奨はない。総合ビタミンや微量栄養素を含む補助食品の摂取は、母体や新生児の健康を増進させる目的で有益であり、簡便かつ対費用効果がよい。ビタミン補助食品は妊娠中から産褥 3 カ月まで摂取するとよい⁷⁾。

食物取り扱いおよび抗ウイルス薬服用時の留意事項

HIV 感染妊婦は食べ物からの感染にかかりやすい。感染妊婦自身が HIV 感染症の病態を理解したうえで、食物の取り扱い方や貯蔵法や料理法について情報提供を受けなければならない。特に生ものである魚介類の摂取には慎重であるべきである。

また、つわり症状など妊婦は消化器症状を訴えることが多いが、抗ウイルス薬を投与されている場合は増悪する場合がある。消化器のカンジダ症、肝機能異常や乳酸アシドーシスの有無をチェックする。抗ウイルス薬が原因であれば、慣れて症状が改善する場合もある。もし重い場合には制吐剤を併用しながら内服を継続する。また、食事は少量ずつ頻回に摂取し、スープなどの液体は食事と一緒にではなく食事と食事の間にとるのもよい²⁾。

まとめ

現在、日本を含む先進国では適切に HIV 感染妊婦の管理を行えば、HIV 母子感染の成立は極めて低くなることが判明している。また、妊娠女性に対する治療が適切であれば、分娩が終わっても慢性疾患なみに延命が可能となり、子育ておよび子どもの成長を見守ることが可能となってきた。そのため、妊娠初期に HIV 抗体スクリーニング検査が全妊婦の全

妊娠に行われる必要がある。不幸にして HIV 感染が判明した妊婦に対しては、妊娠期間を通じて継続的な観察やカウンセリングが行われ、通常の周産期教育以外に特別な栄養に関する情報提供が行われるべきである。

文 献

1. 喜多恒和 (分担研究者) : HIV 感染妊婦の実態調査とその解析および HIV 感染妊婦とその出生児に関するデータベースの構築. 平成 16 年度厚生労働省科学研究費補助金 (エイズ対策研究事業) 「HIV 感染妊婦の早期診断と治療および母子感染予防に関する臨床的・疫学的研究」班, 平成 16 年度総括・分担研究報告書 (主任研究者 稲葉憲之), pp13-53, 2005
2. 塚原優巳, 谷口晴記, 源河いくみ, 他 : 「HIV 母子感染予防対策マニュアル」改訂第 3 版, 平成 15 年度厚生労働科学研究費補助金事業 (エイズ予防対策研究事業), 2004,3,31 発行
3. Watts DH : Management of human immunodeficiency virus infection in pregnancy. *N Engl J Med* **346** : 1879-1891, 2002
4. Brocklehurst P, French R : The association between maternal HIV infection and perinatal outcome : A systematic review of the literature and meta-analysis. *Br J Obstet Gynaecol* **105** : 836-848, 1998
5. Hayes C, Elisa E, Edwin K, et al : Food and water safety for persons infected with human immunodeficiency virus. *Clin Infect Dis* **36** (Supple2) : s106-s109, 2003
6. Kupka R, Fawzi W : Zinc nutrition and HIV infection. *Nutrition Rev* **60** : 69-79, 2002
7. Kristen SM : Nutrition and HIV-Positive Pregnancy. *J Perinatal Educ* **12** : 42-47, 2003
8. Fawzi W, Msamanga G, Spiegelman D, et al : Studies of vitamins and minerals and HIV transmission and disease progression. *J Nutr* **135** : 938-944, 2005
9. Fawzi WW, Msamanga GI, Spiegelman D, et al : A randomized trial of multivitamin supplements and HIV disease progression and mortality. *N Engl J Med* **351** : 23-32, 2004
10. Marston B, DeCock KM : Multivitamins, nutrition, and antiretroviral therapy for HIV disease in Africa. *N Engl J Med* **351** : 78-80, 2004
11. 4th global report : 2004 Report on the global AIDS epidemic. UNAIDS. 2004
12. Villamor E, Saathoff E, Bosch RJ, et al : Vitamin supplementation of HIV-infected women improves postnatal child growth. *Am J Clin Nutr* **81** : 880-888, 2005
13. Friis H, Gomo E, Koestel P, et al : HIV and other predictors of serum folate, serum ferritin, and hemoglobin in pregnancy : A cross-sectional study in Zimbabwe. *Am J Clin Nutr* **73** : 1066-1073, 2001

* * *

診断に苦慮し治療抵抗性であった HIV 合併明細胞腺癌の1例

Diagnostic Complication and Treatment Resistance in Human Immunodeficiency Virus (HIV) infection : and Clear Cell Adenocarcinoma of Ovary ; A Case Report

国立国際医療センター産科婦人科

Department of Obstetrics and Gynecology, International Medical Center of Japan

小早川 あかり	長 坂 康 子	濱 田 亜衣子
Akari KOBAYAKAWA	Yasuko NAGASAKA	Aiko HAMADA
梶 谷 法 生	古 澤 裕 紀	定 月 みゆき
Norio MASUYA	Yuki FURUSAWA	Miyuki SADATSUKI
五味淵 秀 人	箕 浦 茂 樹	
Hideto GOMIBUCHI	Shigeki MINOURA	

概要 人免疫不全ウイルス (HIV) 感染者における卵巣癌についての報告は複数あり, HIV 感染を基礎疾患として有している場合卵巣癌の進行を促進させる可能性が指摘されている。

症例は 34 歳女性, 03 年 9 月より左下腹部痛が出現, 10 月に当科外来受診したが, 外来初診時は経膈超音波でも卵巣, 子宮などに異常所見は認めなかった。腹痛発症の半年前に帝王切開にて児を出産しているが, 術中所見でも卵巣に異常は認めなかった。2 ヶ月後腹痛が持続するために精査し, CT 上 6×4cm 大の腫瘤が認められ卵巣癌が疑われた。最終診断は明細胞腺癌 IIc であった。卵巣癌根治術, 化学療法 (CPT-11/CDDP) に放射線療法を追加するなど集学的治療を行っていたが何れにも抵抗性を示し, 発病後 1 年 4 ヶ月で死亡した。

本症例ではウイルス量は常に検出感度以下であり, HIV 感染後の病勢としてはコントロールされていたと考えられる。このような状況下でも HIV 感染が腫瘍の急速な進展および治療に対する抵抗性に寄与していたかは明らかではないが, その可能性は否定できない。

Key words : 人免疫不全ウイルス (HIV) 感染, 卵巣癌

緒 言

我々は診断に苦慮し治療抵抗性であった HIV 合併明細胞腺癌の 1 例を経験した。我々の知る限り本邦において, このような報告例はない。HIV 感染者の長期生存が可能となってきた今日, HIV 感染者における卵巣癌が治療抵抗性を有する可能性を考慮することは今後の臨床において重要と考えられるため, 若干の文献的考察も含めて報告する。

症 例

患 者 : 35 歳 2 経妊 1 経産

主 訴 : 左下腹部痛

現病歴 : 2003 年 3 月に帝王切開にて第 1 子出産, その 6 ヶ月後 (2003 年 9 月) より左下腹部痛が出現した。発熱や明らかな増悪傾向は認められなかった。2003 年 10 月 9 日, 当科外来受診となった。外来初診時の超音波検査で異常所見は認められなかったが, その後も腹痛が持続するために 2003 年 12 月 10 日に当センター外科を受診した。CT 上卵管留膿腫が疑われたため当科紹介となり, 12 月 17 日より MINO100mg/day による治療を外来にて施行したものの改善せず, 精査加療目的にて 2003 年 12 月 28 日に入院となった。

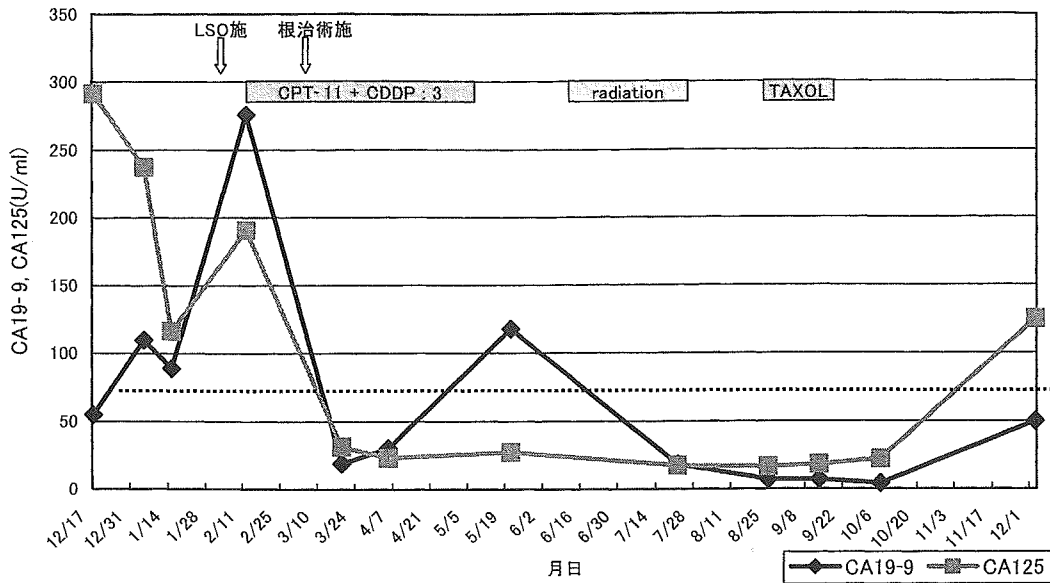


図1 卵巢癌経過

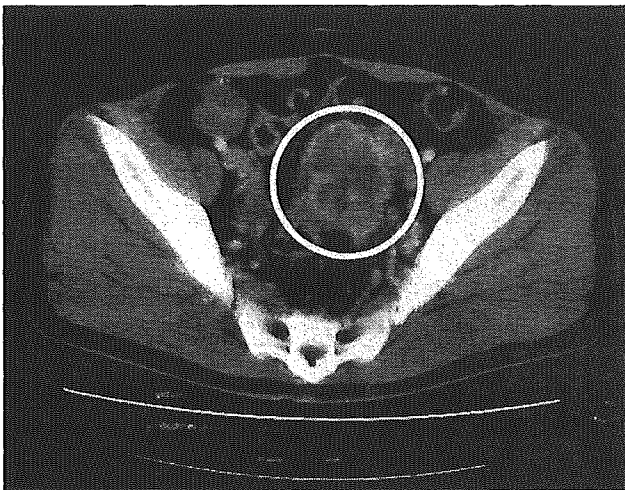


図2 12月10日 初診時CT

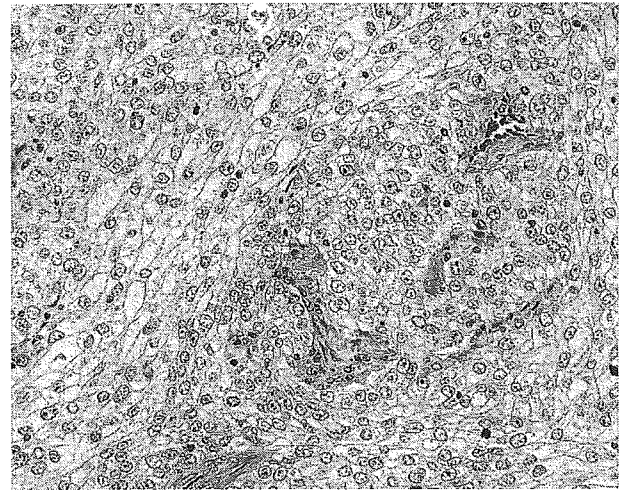


図3 試験開腹時病理所見

既往歴：22歳，痔核にて手術 27歳，HIV感染が判明，d4T/3TC/EFV内服中

家族歴・入院時現症：特記すべき事項なし

入院時検査所見：

血算 (12/28)；WBC 12220/ μ l, Hb 11.9g/dl, Ht 36.0% (MCV 95.5fl, MCH 31.6pg, MCHC 33.1%), Plt 30.0×10^4 / μ l

生化 (12/28)；Alb 4.1g/dl, AST 27IU/l, ALT 53

IU/l, LDH 210IU/l, ALP 565IU/l, γ -GTP 197IU/l, BUN 7.3mg/dl, Cre 0.61mg/dl, UA 3.9mg/dl, Na 138mEq/l, K 3.9mEq/l, Cl 104mEq/l, CRP 6.00mg/dl

腫瘍マーカー (12/17)；CA19-9 55U/ml, CA125 291.5U/ml

入院後経過：

1. 卵巢癌の経過 (図1)

当科初診時のCT (図2) では、左卵巣に比較的厚い壁を有する嚢胞性腫瘍を認めた。連続性を追うと管腔構造を有しているようにみられたため、左付属器の卵巣卵管膿瘍が疑われ抗生剤投与を開始した。

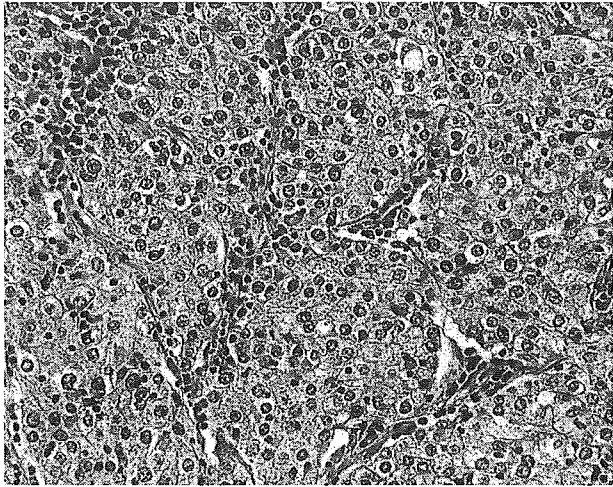


図4 最終病理所見

2003年12月17日より外来にてMINO100mg/dayを開始し、12月28日より入院にてPZFX1000mg/day, CLDM 1200mg/dayを使用開始した。12月31日より肝酵素上昇 (AST/ALT 45/79, γ -GTP 241) のため、抗菌薬をPAPM 1g/dayに変更した。しかし抗菌薬の投与にて著効せず、CT上嚢胞性腫瘍は造影剤にて不均一に増強されており、卵巣癌、卵管癌が疑われ、試験開腹術を施行することとなった。

2004年1月9日試験開腹し左付属器切除術を施行、術中迅速病理診断にてYolk sac tumor成分, embryonal Ca., disgerminomaの混合成分が認められ、悪性が示唆されたが確定には至らなかった。腫瘍は7×5×4cm大で子宮後壁とS状結腸に浸潤するように進展しており一期的な切除は行えなかった。切除病変の永久標本では明細胞癌との診断であった (図3)。

術後CTでは右腸骨動脈周囲や大動脈周囲のリンパ節が腫脹しており転移の可能性も否定できなかったため、同日よりCDDP/CPT-11の投与を開始した。1コース施行後、CT, MRIにて腫瘍の軽度縮小が確認された。

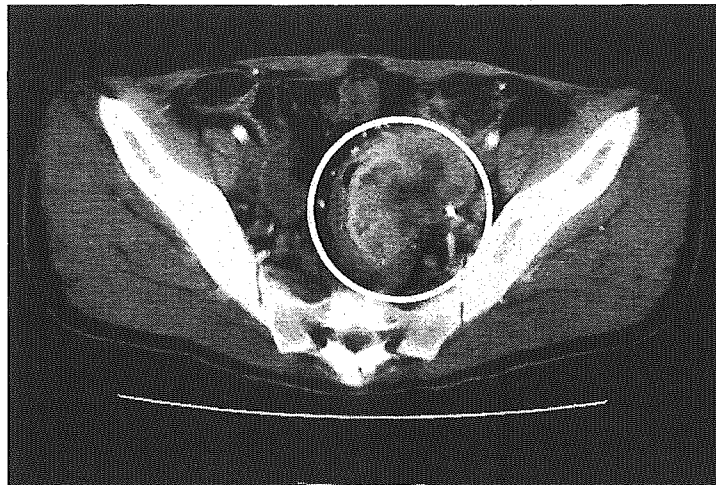


図5 4月30日 CT
化療中に再発が確認された

表1 腫瘍マーカーの変遷

	12/17	1/5	1/15	2/12	3/19	4/5	5/21	7/22	8/25	9/13	10/6
CA19-9 (U/ml)	55	110	89	276	19	30	118	18	7	7	4
CA125 (U/ml)	291.5	237.2	116.5	190.3	31.5	23.0	27.4	17.5	16.6	18	22.1

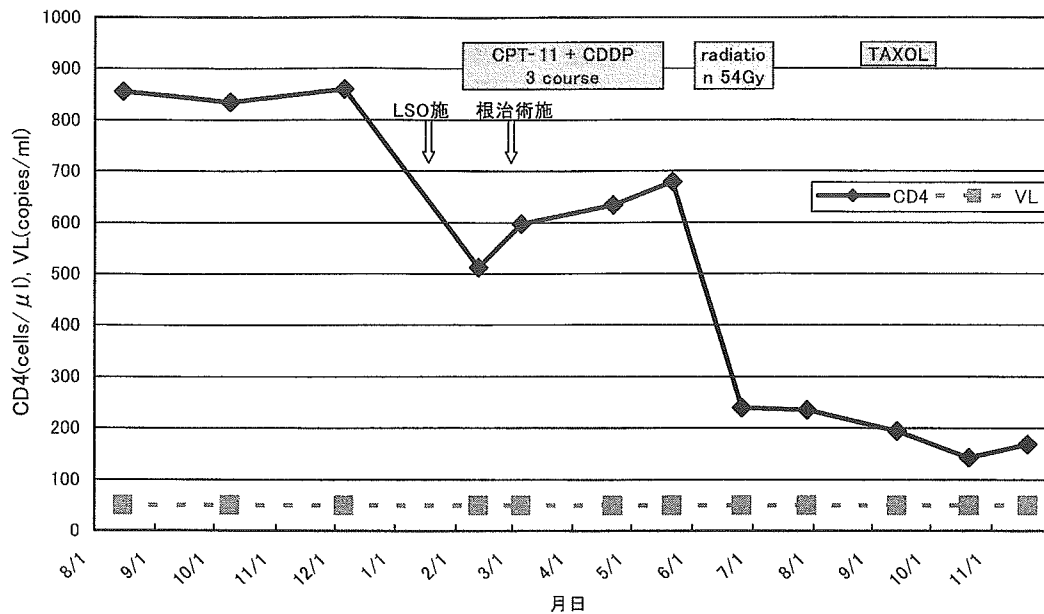


図6 HIV感染経過

2月20日 卵巣癌根治術 (TAH+RSO+PLA+PALA+OM) および S 状結腸切除術を施行した。左側広間膜～子宮前面筋層内に壊死を伴う 6×5×4cm 大の白色充実性腫瘍がみられ、S 状結腸の腸間膜脂肪織に浸潤していたため合併切除した。組織学的には明細胞癌であった (図4)。子宮、右卵巣、切除されたリンパ節に転移はみられず、最終病理診断は Stage IIc であった。

初診時高値であった腫瘍マーカーは根治術、化学療法により基準値以下となったが、術後化学療法を2コース施行したところで、4月中旬より再び下腹部痛が出現し、腫瘍マーカーの再上昇も認めた (表1)。4月30日の CT (図5) では左骨盤に不整形の腫瘍が認められ再発が確認された。5月20日の PET では転移は認められなかった。6月1日より放射線療法を開始し、総線量 54Gy を照射したが画像上効果を認めなかった。退院時 CT 上、腫瘍内の壊死と思われる低吸収域の領域に air が認められており、近接する S 状結腸との瘻孔が考えられた。

7月20日に退院した後、本人の希望も加味し外来にて TAXOL 単剤投与による維持療法を試みたが、全身状態の悪化のため1回のみで中止した。10月21日に腸管浸潤によるイレウス症状の進行に対してストマ造設術を施行したが、11月2日よりストマからの出血が

断続的に認められ、原病の進行が考えられた。最終的には入退院を繰り返しながら、3月に発病後1年6ヵ月で自宅にて死亡された。

2. HIV 感染の経過 (図6)

27歳時に人工妊娠中絶の際、感染症検査施行され HIV 陽性が判明した。外来初診時は CD4 597, VL 250 copies/ml であったが、徐々に CD4 の減少と VL の上昇がみられたために98年に2月18日より ddI/d4T/NVP を開始した。その後薬剤アレルギー (皮疹) のため AZT/3TC/NFV に変更、01年7月から d4T/3TC/EFV に変更している。その間の CD4, VL はグラフの通りである。

卵巣癌の発病前は CD4 は 800 以上であり、ウイルス量も検出感度以下と良好なコントロールを保っていたが、発病後 CD4 の減少傾向が認められた。化学療法、放射線療法により大きく CD4 の減少がみられ、終末期にはリンパ球を減少させる治療は行っていないにもかかわらず CD4 は 200 を下回るようになっており、卵巣癌の進展と平行して HIV の進行が疑われた。終末期にイレウス状態となって以来抗 HIV 薬も内服できず、カリニ肺炎などの日和見感染症の予防のみ行った。AIDS の発症が心配されたが、結果的には発症は認めなかった。

考 察

本症例では、初診時には症状は腹痛のみであり、超音波検査上も異常所見は認められなかったが、その2ヵ月後に行った骨盤CTでは、大きな腫瘤を認めた。画像上、管状構造ととれる部分もあることから卵管留膿腫が疑われ、強力な抗菌薬治療を行ったが、画像および血液検査上ほとんど変化がない一方で、腫瘍マーカーが高値であったことから卵巣癌が疑われることとなった。最終診断は上記の通り明細胞癌であった。治療については手術療法のほかに化学療法、放射線療法を追加して集学的治療を行ったが、治療抵抗性で非常に進行が速かった。

HIV感染を基礎疾患として有している場合、一般に腫瘍の進行は速いと考えられている。その機序は明らかではないが、dendritic cellの関与が考えられている。各種dendritic cellサブセットの減少や機能異常がHIV感染症やSLEなどの自己免疫疾患で報告されている。

卵巣癌患者の癌性腹水中において血管新生に関与するTNF α 、IL-8を産生するplasmacytoid dendritic cell (PDC)の増加が認められ、一方で、血管新生を抑制するmyeloid dendritic cell (MDC)の減少が認められたことから、Curielら¹⁾は腫瘍の進展に関わる血管新

生をdendritic cellが制御していると考えている。HIV感染がdendritic cellに影響を及ぼし免疫不全の一端を担っているとも考えられていることから²⁾、HIVの感染が卵巣癌の進行を促進させる可能性はあると思われる。

ただし、本症例ではウイルス量は常に検出感度以下であり、HIVの病勢としてはある程度コントロールされていたと考えられる。このような状況下でも腫瘍の急速な進展や治療に対する抵抗性に寄与するかは明らかではないが、subclinicalに影響を与えていた可能性は否定できない。

(本論文の要旨は第334回日本産科婦人科学会東京地方部会例会で発表した。)

文 献

- 1) Curiel TJ, Cehng P, Mottram P et al. Dendritic cell subsets differentially regulate angiogenesis in human ovarian cancer. *Cancer Res* 2004; 64: 5535-5538
- 2) Larsson M. HIV-1 and the hijacking of dendritic cells: a tug of war. *Springer Semin Immunopathol* 2005; 26: 309-328



【総説】 我が国のHIV感染妊娠の現状と 母子感染予防

琉球大学医学部附属病院 周産母子センター

佐久本 薫

【要旨】

我が国は、先進国の中で唯一HIV感染者/AIDS患者が増加している。沖縄県は急激にHIV感染者が増加し、平成16年1年間のHIV/AIDSは14人で累積数も70人となった。人口比率からすると沖縄県は非常に感染者数が多いことになり、緊急に予防対策が必要である。近年、HIV感染妊娠は増加傾向にある。HIV母子感染の予防の要点は、まず全妊婦を対象にHIV抗体スクリーニングを行うことである。感染妊娠例に対しては、妊娠中に抗ウイルス薬を投与し血中ウイルス量を減少させ、陣痛発来前に選択的帝王切開術を行い、新生児に対しては抗ウイルス薬の予防投与を行う。母乳栄養は中止する。このような対策を採ることにより母子感染率を1.3%に減らすことが可能である。厚生労働科学研究「HIV感染妊婦の早期診断と治療および母子感染予防に関する基礎的・臨床的研究」班（主任研究者：稲葉憲之）の研究成果を中心に、我が国のHIV感染妊娠の現状と母子感染予防について概説する。

はじめに

我が国は、先進国では唯一HIV感染者/AIDS患者が増加している国であり、その増加に歯止めが掛からないのが現状である。HIV感染妊娠は他国に比べて未だ少数ながら増加傾向にある。この数年、妊婦HIV抗体スクリーニングが進み、HIV感染妊娠が発見され、母親から児への垂直感染の予防対策がとられ、効果を上げるようになった。我が国におけるHIV感染妊娠の現状と標準的な管理法について解説する。

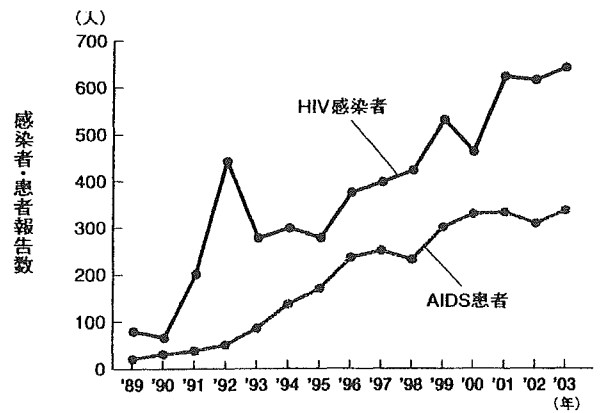


図1. 我が国のHIV感染者・AIDS患者の年次推移¹⁾

我が国および沖縄県のHIV/AIDSの動向

厚生労働省エイズ動向委員会報告¹⁾によると、我が国のHIV感染者/AIDS患者の増加には未だ歯止めが掛からず、平成16年1年間の新規報告数はHIV感染者748件、エイズ患者366件と、いずれも過去最高で初めてその合計が年間1,000人を超えた。図1に我が国のHIV感染者/AIDS患者の年次推移を示す。現在でも感染防止対策が十分でないことが指摘される。沖縄県は図2に示したようにHIV感染者/AIDS患者が

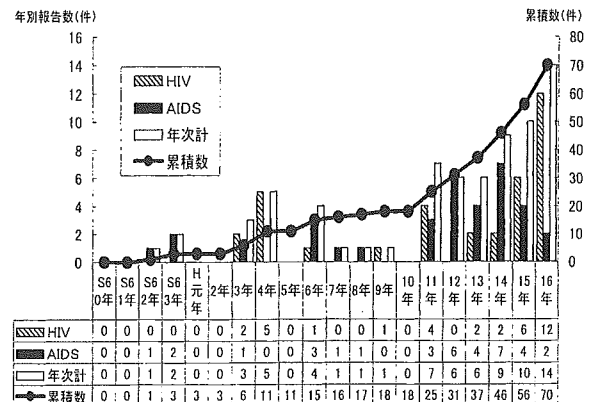


図2. 沖縄県のHIV感染者・AIDS患者の年次推移¹⁾

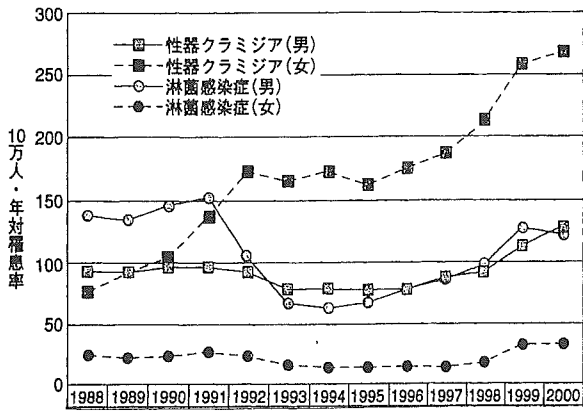


図3. 我が国の性器クラミジアと淋菌感染症の罹患率の年次推移³⁾

急激に増加しており、平成16年の感染者と患者合計は14件で、累計数は70人に達している。平成17年1～6月までに既にHIV/AIDSは11件も増加している。人口比からすると九州内でも福岡県より多いことになり、爆発的な増加と言わなければならない。一時のようにマスメディアに報道されることも少なくなり、国民の関心が薄れ、さらに感染が拡大することが危惧される。HIV/AIDSの拡大を防ぐためには、行政、医療従事者、教育関係者、マスメディアなど関係するあらゆる人々のさらなる努力が必要である。特に沖縄県ではその対策を急がなければならない。

性感染症とHIV/AIDS

最近の性感染症 (Sexually Transmitted Disease: STD) の生物学的特徴として、病原微生物の多様化、無症候性感染の増加、全身の感染症の増加があげられる。また、疫学的特徴として、若年層の増加、女性の増加があげられる。従来の梅毒、淋菌などに加え、クラミジアやヘルペスウイルス、パピローマウイルス、HIVのウイルスなど多様化が進んでいる。クラミジアやHIVのように無症候性の疾患が増えており、図3に示すように特に女性の性器クラミジア感染症の増加が顕著である。これらの背景には、性行動の若年化とパートナーの多様化が指摘されており、いまやSTDは歓楽街などに限定されたものではなく、一般社会、一般家庭の中へ浸透している²⁾。HIVは比較的感染しにくいウイルスであるが、STD特にクラミジア感染が合併しているとHIV感染率が高くなるとされている。HIV感染を減少させるためには性感染症の特徴を理解し、特に若年者の性の実態を把握し、教育啓蒙活動を含め、その抑制に努力する必要がある。

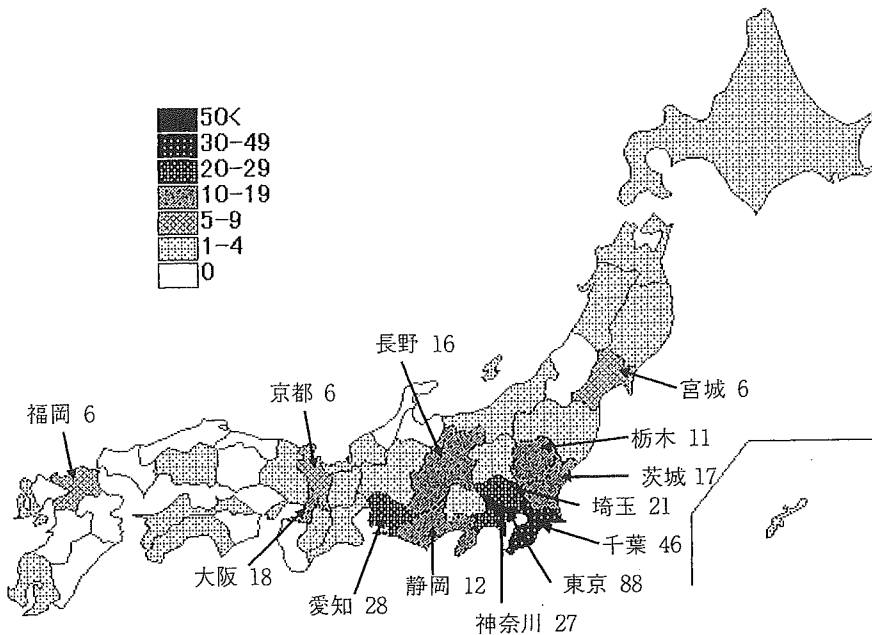


図4. HIV感染妊婦の都道府県分布 (346例)³⁾

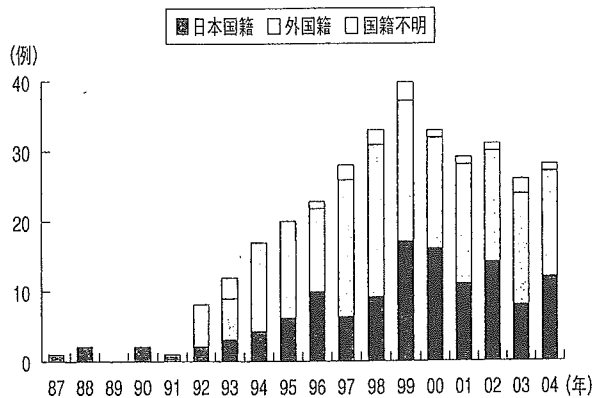


図5. HIV感染妊婦の国籍別年次推移³⁾

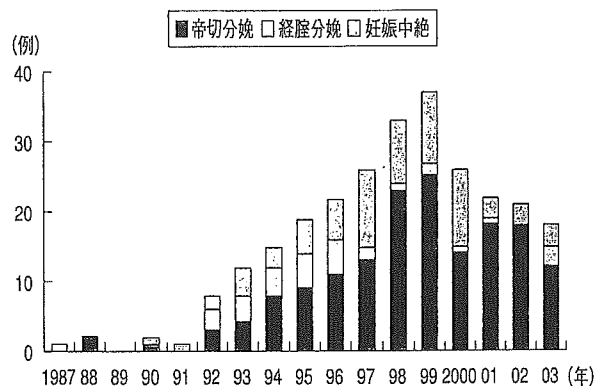


図6. HIV感染妊婦の妊娠転帰別年次推移³⁾

HIV感染妊娠の現状

厚生労働省のHIV感染妊婦に関する研究班が平成10年から平成16年までの7年間、HIV感染妊婦とその出生児を対象とした全国調査を実施してきた。現在、「HIV感染妊婦の早期診断と治療および母子感染予防に関する基礎的・臨床的研究」班（主任研究者：獨協医科大学産科婦人科学・稲葉憲之教授）として継続され、その中で「HIV感染妊婦の実態調査とその解析およびHIV感染妊婦とその出生児に関するデータベースの構築」（分担研究者：防衛医科大学校産科婦人科 喜多恒和）として疫学調査が行われている。筆者も分担班の班員として参加している。平成16年度 班研究報告書にHIV感染妊娠の現状が報告されている³⁾。全国1,500箇所以上の産婦人科施設より平成16年9月末までに346例が集積された。関東甲信越ブロックからの報告が307例と66.3%を占める一方で、HIV感染妊娠例の報告がない県は12まで減少した。HIV

分娩様式	非感染	感染	感染率	不明	合計
帝王切開	147	2	1.3% (2/149)	30	179
経膣	15	12	44.4% (12/27)	6	33
		5 [§]	25.0% [§] (5/20)		
合計	162	14	7.9% (14/176)	36	212
		7 [§]	4.1% [§] (7/169)		

[§] 児の異常による受診を機に母親の感染が確認された7例を除く
[§] p << 0.0001, [§] p < 0.0002, by Fisher's exact test.

表1. HIV感染妊婦の分娩様式と母子感染率³⁾

感染妊娠例の地方への拡散が指摘される（図4）。以前はHIV感染妊娠例は外国籍が多かったが、平成16年度の新規登録者は日本国籍が22例（46例中47.5%）と最も多く、累積でも日本人が129人（37.3%）で最も多くなっている。図5に平成15年度までの国籍別年次推移、図6に妊娠転帰別年次推移を示す。分娩様式と母子感染率を表1に示したが、母子感染率は帝王切開で1.3%、経膣分娩25.0%と経膣分娩の感染率が有意に高く、経膣分娩ではどの週数で分娩しても感染率に差がなかった。抗HIV薬は帝王切開例で72.6%、経膣分娩例で12.1%のみに投与されていた。HIV感染妊婦に対してはzidovudine (AZT) 単剤投与が行われてきたが、最近では妊娠中も多剤併用療法 (HAART) が主流となってきている（表2）。後に述べる管理法を行うことにより母子感染を防止できることが示され、多くの産婦人科医や小児科医へ周知されるようになった。

沖縄県のHIV感染妊娠は、古い症例、班研究に登録されていない中絶例を含めて3件が把握されているが、妊娠中から管理され十分な予防対策が行われた例はまだ経験されていない。

妊婦HIV抗体スクリーニング

先に述べた稲葉班では全国の産婦人科施設を対象に妊婦抗体スクリーニングの実態調査を行っている。長年の啓蒙活動により、妊婦抗体スクリーニングの全国平均は90%を超えるようになった。しかし、未だに地域による格差が認められる（図7）。沖縄県は平成15年度より妊婦



分娩様式	感染の有無	投与なし /不明	投与あり			小計	投与率	合計
			AZTのみ	2剤併用	3剤以上併用			
帝王切開	非感染	38	49	5	55	109	74.1 %	147
	感染	1	1			1	50.0 %	2
	不明	10	5		15	20	66.7 %	30
	小計	49	55	5	70	130	72.6 %	179
経陰分娩	非感染	11	1		2	3	21.4 %	14
	感染	12				0	0.0 %	12
	不明	6	1			1	14.3 %	7
	小計	29	2	0	2	4	12.1 %	33
合計		78	57	5	72	134	63.2 %	212

表2. 分娩様式と抗ウイルス薬の投与状況³⁾

抗体スクリーニングの公費による補助を開始した。以前の検査率は全国平均以下であったが、公費補助後は妊婦数（出生数＋死産数）を基に計算すると平成15、16年度の検査率が79.5%、74.9%と高い実施率となってきたが、100%を目標に検査率の向上を目指す必要がある。

母子感染予防の実際

我が国で行われている母子感染予防は、研究班で作成したマニュアルを基に実施されている。その詳細は、「HIV母子感染予防対策マニュアル第3版」に記述されている⁴⁾。また、インターネットでも見ることができる。まず、全妊婦に対しHIV抗体スクリーニングを行い、感染妊娠を把握することから始めるべきである。HIV抗体スクリーニングには疑陽性が存在することも知っておく必要がある。

HIVによる母子感染は妊娠中、分娩時、母乳による産褥の感染が知られている。妊娠中の胎盤を介した感染に対しては抗HIV薬によりできるだけ血中ウイルス量を減少させることが必要である。先に述べたように薬剤による児への影響を考慮し、AZT単剤投与が行われてきたが、児への影響が完全に解明されたわけではないが、実際の臨床現場ではHAARTが主流となつつある（図6）。陣痛発来による子宮収縮により母児間輸血が起こりウイルスが児へ移行すると考えられている。そのため、分娩様式は陣痛発来前に選択的帝王切開術を行う。手術中に母体に対してAZTの点滴を行う。母乳栄養は中止

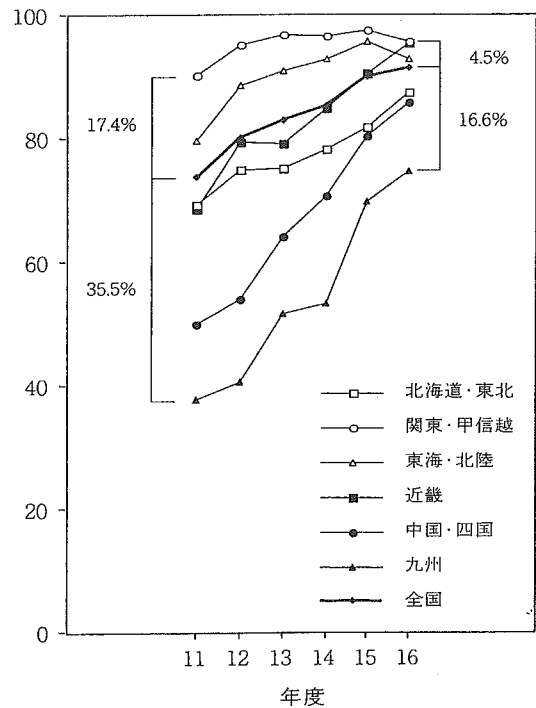


図7. ブロック別HIV抗体スクリーニング実施率³⁾

し、児にはAZTシロップを予防投与する。以上のような予防法の普及により先に述べたように母子感染率を1.3%にまで減少させ得たことが報告されている（表1）。

今後の取り組み

HIV/AIDSの治療は日進月歩で進展している。多剤併用療法（HAART）によりAIDS発症を抑え、病状の進行を抑制することが可能となり、HIV/AIDSは慢性疾患となつつある。これまで拠点病院でしか診療されていなかったが近い将来はむしろ一般病院・診療所で管理することになる。

HIV感染の拡大を抑制するためには多方面からのアプローチが必要である。沖縄県の各保健所は、その対策に全力を挙げて取り組んでいる。啓蒙のパンフレットを配布し、高校生や大学生を対象にした講演会に積極的に参加している。中央保健所でも「HIV抗体検査結果の即日返し」を実施し、少しでも検査が受けやすいように配慮している。HIV感染者の多い男性同性愛者のコミュニティーへのアプローチも行われている。

「NPO法人HIV人権ネットワーク沖縄」(代表:比嘉正央、首里東高校教諭)が毎年12月にフォーラムを開催し、多くの県民を対象にしたキャンペーンを行っている。高校生による劇なども上演され、若者へのアピール度が非常に高い。HIV/AIDSへの理解を深め、偏見をなくすために、今年はHIVの母子感染をテーマとして劇やパネルディスカッションを計画している。先に述べた稲葉班の研究成果発表会をこのHIV人権ネットワーク沖縄との合同開催の形で平成17年12月17日(土)名護市で行う。多くの県民の参加をお待ちしている。

まとめ

HIVを含めた性感染症の拡大を抑制するためには、若年者の性行動を理解し、多方面にわたる啓蒙、教育を行う必要がある。一時的なものではなく絶え間ない長期的な運動の継続が重要である。地域格差を無くし、全ての妊婦に対しHIV抗体スクリーニングを行うことが重要である。新生児がHIV感染した場合、治療が困難で早期にAIDSを発症し死亡する。妊娠中のHAART、陣痛発来前の選択的帝王切開術、母乳保育の禁止などを行うことによりHIV母子感染を予防することが可能である。我が国のHIV/AIDSが減少し、HIV感染妊娠の管理が徹底され、母子感染が無くなることを期待したい。

文献

- 1) 厚生労働省エイズ動向委員会報告2005年1月、
http://api-net.jfap.or.jp/aids/aids_Frame.htm.
- 2) 熊本悦明、ほか:日本における性感染症(STD)流行の実態調査 2000年度のSTD・センチネル・サーベイランス報告、日性感染症会誌、12(1):32-67,2001.
- 3) 平成16年度厚生労働省科学研究費補助金エイズ対策事業「HIV感染妊婦の早期診断と治療および母子感染予防に関する基礎的・臨床的研究」班(主任研究者:獨協医科大学附属病院長 稲葉憲之)報告書、2005.
- 4) 平成15年度厚生労働省科学研究費補助金エイズ対策事業「HIV感染妊婦の早期診断と治療および母子感染予防に関する基礎的・臨床的研究」班・分担研究「わが国独自のHIV母子感染予防対策マニュアルの作成・改訂に関わる検討」班(分担研究者:国立生育医療センター周産期診療部産科 塚原優己)編:HIV母子感染予防対策マニュアル第3版、2004.

著者紹介



佐久本 薫

生年月日:
昭和28年12月10日
出身地:
沖縄県 那覇市
出身大学:
熊本大学医学部
昭和54年卒

専攻・診療領域
産科婦人科学・周産期医学

その他・趣味等
:読書(軽いもの:藤沢周平、宮部みゆき)

QUESTION!

次の問題に対し、ハガキ(本巻未綴じ)でご回答いただいた方に、日医生涯教育講座5単位を付与いたします。

問題:HIV感染妊娠と母子感染予防について正しいのはどれか。

1. HIV感染妊娠例は、外国籍が多い。
2. HIV抗体スクリーニングは感染の心配のあるハイリスク例に行う。
3. 抗HIV薬は催奇形性を考慮し、妊婦には投与しない。
4. 分娩中の感染を防ぐため、陣痛発来前の選択的帝王切開術を行う。
5. 新生児がHIVに感染しても長期的予後は良い。

特集 卵巣明細胞腺癌を考える

8. 明細胞腺癌に対する手術療法

たかの まさし きた つねかず
高野政志*・喜多恒和*

防衛医科大学校産科婦人科*

Key Words/卵巣癌, 明細胞腺癌, 手術療法

要旨

残存腫瘍のある卵巣明細胞腺癌の予後はきわめて不良であるため可及的に腫瘍を取り除く手術が必要である。早期症例でも腹腔内がⅠ期の症例で約10%、Ⅱ期の症例では20～30%程度のリンパ節転移があるため、リンパ節郭清を含めた完全術式をめざす。とくに癌性腹水があるⅠ期症例についてはリンパ節郭清が治療的意義を持つ可能性があるため、積極的に行う。術中破綻の症例はⅠa期症例より明らかに予後不良であるため、破綻させない手術を目指す。腹腔内がⅢ期の進行症例では従来のOptimal surgeryの概念を捨て、残存腫瘍が「0 cm」をめざし、合併切除も考慮した完全手術を目指す。

卵巣明細胞腺癌の背景

わが国の婦人科医は明細胞腺癌患者の手術という「今日は頑張っ取り切らねば」と漠然とだが、しかし全員が考える。そう思っているが、それを裏打ちする確証はなかなかなかったのが実情である。確かに明細胞腺癌に対して化学療法は奏効しにくいいため、手術で頑張らねばならないことは明らかだが、どこまで頑張ればいいのかははっきりした基準はなかった。消化管合併切除までするのか？リンパ節郭清は必須か？などの問題は解決されていない。本稿では

「明細胞腺癌を考える」のなかでも、きわめて重要な部分を占める「手術」について考察する。

卵巣癌の発生頻度と組織学的分布についてまず考察する。わが国における上皮性卵巣癌は10万人あたり4.8人の発生率であり増加傾向であると報告されている¹⁾。しかし、欧米諸国での発症率は10万人あたり9～12人とされるが、最近減少し始めているとされる²⁾。元来、日本人を含む黄色人種は卵巣癌の発症が少なかったものの、最近の食を含む生活習慣の欧米化や少子化などのリスクファクターが増加することにより発症が加速してきているものと推察される。また、卵巣癌の病理組織学的差異についても日