

走性紅斑があり、かつ血清診断が陽性であったことより、ライム病と診断した。

治療および経過：塩酸ミノサイクリン 200 mg/日内服を1週間行ったところ、6月中旬に色素沈着のみとなった。6月末に渡米して現地の医師を受診し、塩酸ドキシサイクリン 200 mg/日を3週間、1か月後さらに3週間で内服し、その後再発は認めていない。

治療開始1年後、2年後の血液検査では抗 *Borrelia* IgG 抗体は陰性化した(表 1, 2)。



考 按

ライム病はマダニの刺咬によって媒介されるスピロヘータ感染症である。全世界では少なくとも12種の *Borrelia* が検出されている²⁾が、病原菌とされている代表的な種類は *Borrelia burgdorferi*, *B. afzelii*, *B. garinii* の3種で、それぞれの種によって分布地域、臨床症状が異なることが報告されている²⁻⁴⁾。欧州では3種すべて分布し、米国では *B. burgdorferi* のみ、日本を含むアジア北部では *B. afzelii* と *B. garinii* が存在する。*B. burgdorferi* は関節症状、*B. afzelii* は皮膚症状(慢性萎縮性肢端皮膚炎)、*B. garinii* は神経症状に関連するといわれている。自験例はワシントンDCで刺傷したので、*B. burgdorferi* によるものと推定される。

後の症状の出現頻度は10%以下と低く、遊走性紅斑を主とする軽症例が多いとされている⁵⁾。一方で、北米で見い出されるライム病症例のほとんどが *B. burgdorferi* によるものであること、*B. burgdorferi* は毒性が強く、未治療の場合などでは、約30%の頻度で関節炎を呈する可能性が示されており、十分な注意が必要である⁶⁾。

米国でのライム病患者の報告数は1992年9,908症例であったが2006年には19,931症例と2倍以上に増加した⁷⁾。米国のライム病拡大の要因は、病原体診断法の普及のほか、シカの増加などによる *Borrelia* 媒介マダニの増加も一因として考えられている。

この15年間で、ライム病患者の93%は北部、北西部の10州(コネチカット、デラウェア、マサチューセッツ、メリーランド、ミネソタ、ニュー

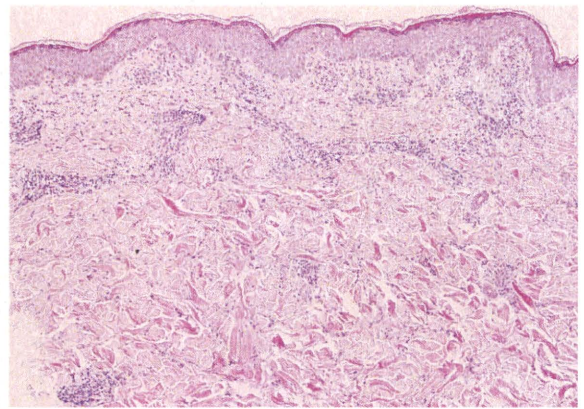


図2 紅斑中心部の病理組織像(HE染色)
真皮上層の小血管や付属器周囲にリンパ球、組織球の浸潤を認めた。

ジャージー、ニューヨーク、ペンシルバニア、ロードアイランド、ウィスコンシン)で報告されている。ライム病患者の65%以上は6、7月に発症しており、5~14歳の小児、60~69歳の高齢者をピークとする二峰性の分布を示している。6、7月にこれらの10州へ子ども連れで旅行する際は、マダニに刺されないように十分な注意が必要である。

治療は、本邦では通常、テトラサイクリン系またはペニシリン系の抗生剤を2週間程度投与するが、症状に合わせて2~4週間内服するのが標準治療となっており⁸⁾、自験例のように北米でマダニに刺咬された場合には、必要に応じて追加治療、経過観察が必要と考えられた。

抗 *Borrelia* 抗体検査は、診断には有用であるが、治療効果を反映しにくく、効果判定が難しい。自験例でも治療開始1年後、2年後にIgM陽性が続いているが、これは偽陽性の可能性もある。Herpes simplex virus type-1,2, Epstein-Barr virus, cytomegalovirus などに対する抗体が、*Borrelia* の主要表層抗原C(Osp C)に交叉反応する可能性が指摘されている⁹⁾。抗 *Borrelia* 抗体IgM抗体陽性に関しては臨床症状も合わせて総合的に評価する必要があると考えられた。一方、米国ではライム病の治療後も5~10%の患者は症状が遷延することが報告されている⁸⁾。症状が遷延する理由としては、自己免疫または神経成長因子の過剰産生などが推測されているが、明ら

かなことはわかっていない¹⁰⁾。症状に合わせて標準治療を行ったうえで、注意深く経過観察することが重要である。

本症例は日本皮膚科学会第72回東京支部学術大会(2009年2月22日)にて報告した。

文 献

- 1) 川合さなえ, 他: 西日皮膚 67: 599, 2005
- 2) 増澤俊幸: 化療の領域 22: 50, 2006
- 3) 橋本喜夫, 井川哲子: MB Derma 122: 44, 2007
- 4) 磯貝恵美子, 磯貝 浩: モダンメディア 49: 308, 2003
- 5) 橋本喜夫, 他: 臨皮 51: 1081, 1997
- 6) 増澤俊幸: からだの科学増刊, 日本評論社, p 145, 2004
- 7) Rendi M, et al: MMWR 57: 1, 2008
- 8) Robert P: COMP THER 31: 284, 2005
- 9) Furuta Y, et al: Laryngoscope 111: 719, 2001
- 10) Klemperer MS: Vector Borne Zoonotic Dis 2: 255, 2002

