

2011年版 担当者

●第1部 症状とその鑑別診断

〈担当者〉／〈コメンテータ〉

- 1 尿道炎……………松本 哲朗／守殿 貞夫
- 2 急性精巣上体炎……………清田 浩／小野寺昭一
- 3 直腸炎……………照屋 勝治／木村 哲
- 4-1 潰瘍性病変(男性)……………安元慎一郎／小野寺昭一
- 4-2 潰瘍性病変(女性)……………本田まりこ／川名 尚
- 5-1 腫瘍性病変(男性)……………川島 眞／松本 哲朗
- 5-2 腫瘍性病変(女性)……………本田まりこ／保田 仁介
- 6 帯下……………保田 仁介／藤原 道久
- 7 下腹痛……………加納 武夫／野口 昌良
- 8 口腔咽頭と性感染症……………余田 敬子／荒牧 元・馬場 駿吉
- 9 眼と性感染症……………臼井 正彦・箕田 宏／中川 尚・大石 正夫

●第2部 疾患別診断と治療

〈担当者〉／〈コメンテータ〉

- 1 梅毒……………大里 和久・新村 真人・岩本 愛吉／本田まりこ
- 2 淋菌感染症……………松本 哲朗・野口 靖之／田中 正利・小野寺昭一・三嶋 廣繁
- 3 性器クラミジア感染症……………三嶋 廣繁・高橋 聡／野口 昌良・清田 浩
- 4 性器ヘルペス……………本田まりこ／川名 尚・菅生 元康・安元慎一郎
- 5 尖圭コンジローマ……………広瀬 崇興／吉川 裕之・本田まりこ
- 6 性器伝染性軟属腫……………本田まりこ／日野 治子
- 7 膣トリコモナス症……………保田 仁介／河村 信夫
- 8 細菌性陰症……………三嶋 廣繁／保田 仁介
- 9 ケジラミ症……………大滝 倫子／本田まりこ
- 10 性器カンジダ症……………久保田武美／菅生 元康
- 11 非クラミジア性非淋菌性尿道炎……………出口 隆／守殿 貞夫・松本 哲朗
- 12 軟性下疳……………大里 和久／尾上 泰彦
- 13 HIV感染症/エイズ……………岡 慎一／立川 夏夫
- 14 A型肝炎……………岡 慎一／木村 哲
- 15 B型肝炎……………小池 和彦／木村 哲
- 16 C型肝炎……………小池 和彦／木村 哲
- 17 赤痢アメーバ症……………増田 剛太／立川 夏夫

2010年度常任理事会

理事長：守殿 貞夫

常任理事：岡部 信彦、小野寺昭一、川名 尚、野口 昌良、
本田まりこ、岸本 寿男、松本 哲朗、保田 仁介

このガイドラインは、日本性感染症学会が共同著作・編集し、著作権を所有・管理する著作物で、特定個人の著作物ではありません。しかし、2011年版の第1部・第2部の作成に関与された方々のお名前をここに掲出し、当学会として、これらの方々のご協力に対して、深く感謝申し上げます。

なお、末尾に氏名を記す理事長および常任理事の全員は、第1部・第2部全部の査読を担当致しました。

日本性感染症学会
ガイドライン委員会

©日本性感染症学会、2011年【本書の無断転載をお断りします】

第1部

第1部

症状とその鑑別診断

症状とその鑑別診断①

尿道炎

排尿痛と尿道分泌物を症状とする症候群を尿道炎と呼び、いくつかの原因で起こる。性感染症として起こるものは、他の原因で起こるものと区別される。

鑑別を要する疾患

性感染症によるものは、原因微生物により淋菌性、淋菌・クラミジア性、非淋菌・クラミジア性、非淋菌・非クラミジア性尿道炎に分けられる(表1)。これらの尿道炎では、起炎微生物により治療法が異なるため、原因微生物の正確な診断が必要となる。

表1 尿道炎の分類

淋菌性尿道炎
淋菌・クラミジア性尿道炎
非淋菌・クラミジア性尿道炎
非淋菌非・クラミジア性尿道炎

診断・治療の流れ

淋菌性尿道炎とクラミジア性尿道炎では、潜伏期間、発症や排尿痛の程度、分泌物の量と色調などに差があり、これらにより大まかに鑑別できる(表2)。しかしながら、最近では症状の軽い淋菌性尿道炎もあり、検鏡、培養、核酸増幅法[PCR法(AMPLICOR®RSTD-1)、SDA法(BDプローブテック™クラミジア/ゴノレア)、TMA法(アプティマ™・Combo2クラミジア/ゴノレア)その他]などで検索する必要がある。尿道炎では、初診時、

表2 淋菌性尿道炎とクラミジア性尿道炎の比較

	淋菌性	クラミジア性
潜伏期間	3～7日	1～3週
発症	急激	比較的緩徐
排尿痛	強い	軽い
分泌物の性状	膿性	漿液性ないし粘液性
分泌物の量	中等量	少量～中等量

尿道分泌物ないし初尿のグラム染色を行い、特徴的なグラム陰性双球菌を白血球の内外に認めれば淋菌感染症の診断が得られる。その際、淋菌が証明されたら、淋菌に有効な薬剤を投与する。同時にクラミジアの検査を行っておくことも重要である。クラミジアの検査結果が判明する数日後に必ず再診させ、淋菌の治療効果判定とともに、クラミジアの検査結果に基づき、陽性であればクラミジア感染症の治療を開始する。初診時、グラム染色鏡検で、淋菌が陰性であれば、その時点でクラミジアの検査を行い、結果が判明した時点で、クラミジアが陽性的場合、治療を開始する。鏡検で淋菌が陰性であっても、淋菌の培養またはPCR検査を行っておくことも重要である(図1)。また、オーラルセックスの増加に伴い咽頭での淋菌やクラミジアの感染・保菌が問題となっている。したがって、性感染症による尿道炎で淋菌やクラミジアが検出された症例では、咽頭の検査が必要となる。

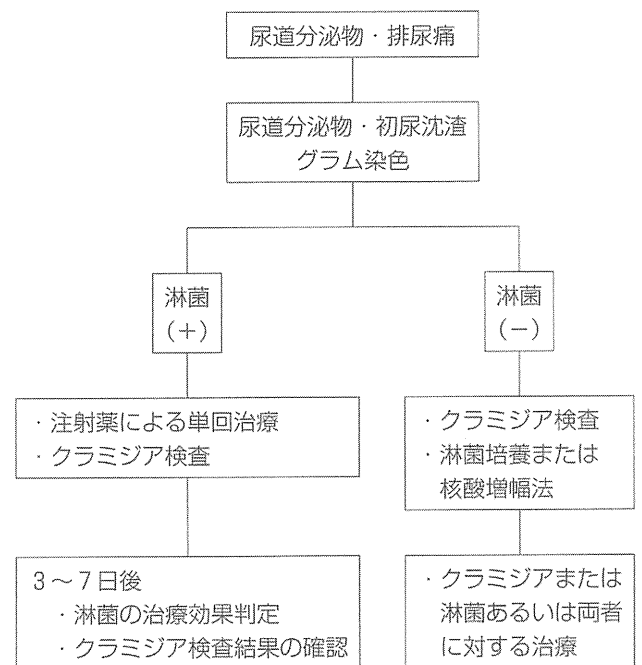


図1 尿道炎の診断・治療

症状とその鑑別診断②

急性精巣上体炎

精巣上体（副睾丸）は、精巣の上端から始まり、下端で精管に移行する細長い管腔器官である。急性精巣上体炎は、この精巣上体の急性炎症である。原因微生物としては、尿路感染症の原因菌、クラミジア、淋菌などが尿道から精管を上行し、精巣上体に到達することによる。起炎菌は、尿の培養検査から推定することによるが、不明であることが多い。尿道炎を併発しているときには、クラミジアと淋菌の病原検査を行う。これらのうち、クラミジアによるものか否かを血清の抗クラミジア抗体価により診断することは難しい。そこでこの場合には、時

期の異なるペア血清での診断が必要である。比較的急な発症、片側のみの陰嚢内容の腫張と疼痛があり、発熱を伴うことがある。陰嚢を挙上すると、疼痛は軽減する（プレーン徴候陰性）。

鑑別を要する疾患

- A. 精索捻転
- B. ムンプス精巣炎

診断手順

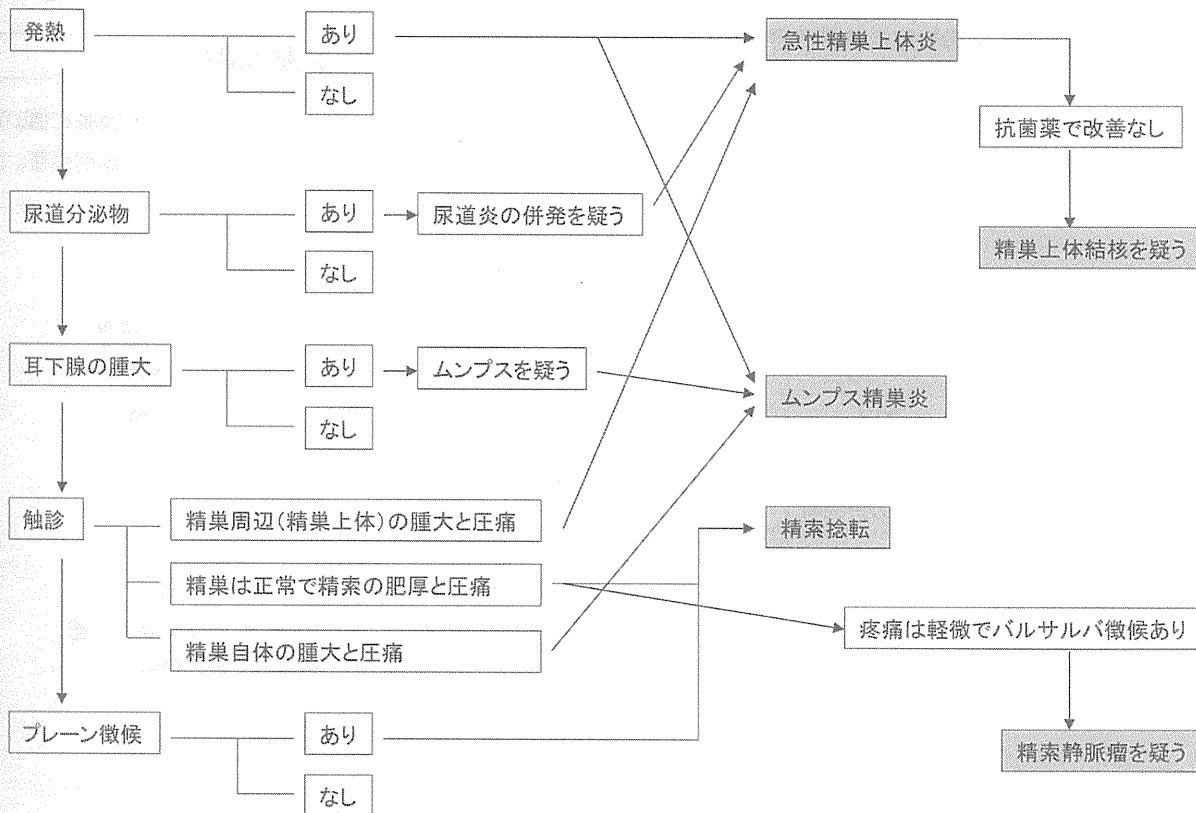


図1 急性精巣上体炎の鑑別フローチャート

C. 精巣上体結核

D. 精索静脈瘤

鑑別疾患の解説

A. 精索捻転

学童期から青年期に多い。陰嚢内で精巣が精索を軸にして捻じれ、精巣の血行障害をきたすもの。通常は片側のみ。急性精巣上体炎より突然の発症。早期では陰嚢内容の腫張はないが、時間とともに腫張が出現。発熱はなく、陰嚢を挙上すると、疼痛は増大する（プレーン徴候陽性）。検尿は正常。発症後3時間以上経過すると、精巣は不可逆的な壊死に陥ることから、早期の手術（精巣固定術）を行う必要がある。急性精巣上体炎との鑑別が困難であることが少なくなく、疑わしいときには、まず鑑別のための手術を行うべき。

B. ムンプス精巣炎

ムンプスに合併する精巣の炎症。陰嚢内容の疼痛と腫張があるが、触診すると、精巣上体ではなく精巣の腫張であることで鑑別できることが多い。発熱を伴うことがあり、両側の精巣に発症することもある。血清アミラー

ゼは上昇。

C. 精巣上体結核

結核菌の血行性感染。したがって、尿の結核菌培養検査は陰性。結核の既往があることが多い。通常は片側性で、緩徐な発症。急性精巣上体炎に比べると、疼痛は軽微で、発熱はない。陰嚢皮膚を穿破し排膿することがある。急性精巣上体炎に対する抗菌薬は無効。診断は難しく、陰嚢皮膚を穿破し排膿があった場合には、膿の結核菌培養検査で確定できる。しかし、排膿がない場合には、精巣上体切除術により、組織学的に結核病巣を証明することによる。

D. 精索静脈瘤

陰嚢内容の鈍痛。緩徐な発症。発熱はない。ときに両側性。触診で精巣と精巣上体は正常（まれに精巣の腫大あり）で精索の腫大を認める。この腫大は腹圧をかけると増大（バルサルバ徴候）。ドップラー超音波検査で精索静脈内の血流の逆行を証明することが確定診断となる。治療は手術のみ（精索静脈結紮術）。

診断の流れ

多くは陰嚢内容の触診で、精巣上体の腫脹と強い圧痛を認め、容易に診断がつく。各疾患との鑑別点を、以下

表1 急性精巣上体炎の鑑別点

	急性精巣上体炎	精索捻転	ムンプス精巣炎	精巣上体結核	精索静脈瘤
発症	やや急激	突然	やや急激	緩徐	緩徐
疼痛の程度	強い	たいへん強い	強い	軽微	軽微
発熱	ときにあり	なし	ときにあり	なし	なし
尿道分泌物	尿道炎の併発時にあり	なし	なし	なし	なし
耳下腺の腫大	なし	なし	一般にあり	なし	なし
触診所見	精巣周囲の精巣上体部の腫大と圧痛	精索の肥厚と圧痛	精巣そのものの腫大	精巣周囲の精巣上体部の腫大と圧痛（急性精巣上体炎より軽微）	精索の腫大・圧痛は軽微
プレーン徴候	なし	あり	なし	なし	なし
バルサルバ徴候	なし	なし	なし	なし	あり

に示す。

A. 精索捻転

鑑別診断で最も重要なものは、精索捻転である。精索捻転の場合には、緊急手術を要するためである。鑑別点としては、急性精巣上体炎ではプレーン徴候が陰性であること、発熱を伴うことがあること、検尿で膿尿（尿路感染症の合併）がある場合があることが挙げられる。各疾患の鑑別点を、以下に示す。

B. ムンプス精巣炎

耳下腺炎の先行。触診では精索ではなく精巣の腫脹を

認める。血清アミラーゼの上昇。

C. 精巣上体結核

緩徐な発症。疼痛は軽微で発熱はない。精索に結核病変があることがあり、このときには触診で精索は数珠状に触知される。陰嚢皮膚に穿破したときには、膿の結核菌培養。

D. 精索静脈瘤

触診上、精索の腫脹のみ。緩徐な発症で疼痛は軽微。バルサルバ徴候陽性。ドプラー超音波検査で精索静脈内の血流が逆行。

症状とその鑑別診断³⁾

直腸炎

直腸炎とは、種々の原因による直腸粘膜の炎症であり、排便時の疼痛あるいは異和感や、時に便中粘液や膿、血液を認める病態を指す。

鑑別を要する疾患

A. 感染症

a) 性感染症

1. 梅毒（第1期の硬性下疳あるいは2期疹として）
2. 赤痢アメーバ
3. クラミジア トラコマチス
4. 単純ヘルペス
5. 淋菌
6. サイトメガロウイルス
7. HIV

b) 一般的腸管感染症

1. カンピロバクター
2. サルモネラ
3. 赤痢（特にアジア地域からの帰国後）

B. 特発性炎症性腸疾患

a) 潰瘍性大腸炎

b) クローン病

疾患の解説

A-a. 性感染症

性感染症は、直腸炎の重要な鑑別疾患である。男性同性愛者（MSM）のみならず、異性間性交渉でも、肛門性交を行う場合には、各種性感染症が直腸炎の形で発症しうる。鑑別を要する多数の性感染症を、症状のみで鑑別するのは困難であるが、以下に各疾患での症状の概略を述べる。

淋菌、単純ヘルペスの直腸炎では痛みが強く、排便時および肛門性交時の強い疼痛を訴える。単純ヘルペスでは、肛門周囲の皮膚に、ヘルペス特有の紅暈を伴う水疱性、あるいは、浅い潰瘍性病変の有無を確認することが重要である。

赤痢アメーバ腸炎では、発病は緩徐で始まることが多く、肛門部の痛みを訴えることは比較的少ない。粘血便と残便感が主訴であることが多く、症状が進むとアンチヨビソースの外見を呈する悪臭の強い便となる。回盲部に病変を形成しやすく、直腸と回盲部の両者にしばしば病変を認めるため、回盲部痛で発症することも多い。MSMに、粘液便、血便が見られる場合には、赤痢アメーバ腸炎を第一に疑う。逆に、渡航歴のない患者の赤痢アメーバ腸炎を診断した場合には、MSMの可能性およびHIV感染の可能性まで念頭に置くべきである。また、HIV感染者では、免疫不全状態を背景に、赤痢アメーバ腸炎から肛門周囲の壊死性筋膜炎へ急速に進展することがあるので、注意が必要である。赤痢アメーバ性腸炎は現在、全数把握の五類感染症であるが、年間報告数はこの数年顕著な増加を示しており、2000年（377件）から2006年（747件）と倍増していることに今後注意が必要と考えられる。近年の傾向として女性患者の増加があげられており、異性間性的接触による感染拡大も懸念されている。

第一期梅毒では、菌の進入部位に一致して、通常は外陰部に無痛性の潰瘍（下疳）を形成する。特にMSMでは、肛門性交により直腸部に下疳を形成しうるが、この場合は二次感染を伴って有痛性病変となることもしばしばである。梅毒の2期疹として直腸病変を呈することもあり、この場合には全身の他部位にも皮疹が認められる。

サイトメガロウイルス感染による直腸炎は、免疫不全の患者で認められる。進行期のHIVで見られる場合には、厳密には性感染症というよりもHIV関連疾患とすべき

かもしれない。多量の下血をきたしうる。サイトメガロウイルス腸炎が診断された場合には、進行期の HIV 感染症を疑うべきであるが、血液悪性疾患などの他の免疫不全病態や、健常者に発生した報告もある。サイトメガロウイルスは全身性に活性化が見られるのが普通であり、直腸炎を疑った場合には、眼底、肺、副腎病変の評価も必要である。

急性 HIV 感染症では、その侵入部位に一致して潰瘍が見られる場合があることが知られている。頻度は高くないが、肛門性交で感染した場合には、直腸部位へ潰瘍を形成し、直腸炎をきたしうる。

A - b. 一般的腸管感染症

赤痢は、国内発生例はほとんどなく、主にアジア地域からの輸入例として見られるので、流行地域から帰国後に発症する発熱、腹痛、強い便意（テネスマス）で疑うことが重要である。頻回の便意により、便の部分のない膿血便を排泄することが多いのが特徴である。

サルモネラは、水様下痢を呈し、食中毒として発症することが多い。

カンピロバクターは、下痢を主症状とし、便の正常は多彩で、水様便から、さらには粘血便、粘液便までを呈しうる。

サルモネラ、カンピロバクターは、いずれも直腸炎を呈しうるが、どちらかといえば主病変は回腸および結腸である。

B. 特発性炎症性腸疾患

潰瘍性大腸炎は、30歳以下の成人に多い、原因不明の疾患である。慢性の粘血便が症状であるため、はじめに A で述べた感染性腸炎を除外することが重要である。

クローン病も、若年男性に多い、原因不明の疾患である。口腔から肛門までのあらゆる部位に非連続性病変を呈するのが特徴で、病変の一部として、直腸、肛門に難治性の潰瘍などを形成することがある。

診断の流れ

A - a. 性感染症

性感染症の診断は、問診が不可欠である。渡航歴のない若年者が直腸炎を呈した場合には、まず性感染症の可

能性を念頭におき、肛門性交の有無を確認することが診断のポイントになる。可能なかぎり内視鏡で直腸から S 状結腸までを観察し、病変から検体を採取して、グラム染色等による多核好中球の存在の有無と菌の検出を試みる一方、病変部位の性状の確認と病変の範囲を確認することが重要である。通常、性感染症としての直腸炎は、赤痢アメーバ腸炎を除いては、直腸のみ（肛門から10～12cm 程度）に限局しているのが普通であり、それより遠位への拡大がある場合は、カンピロバクターなどの一般腸管感染症の可能性が高い。

MSM である場合には、赤痢アメーバ腸炎がまず第一に疑われるが、1回の便検査で必ずしも原虫が証明できるわけではなく、しばしば複数回の検査を必要とするため、状況に応じてメトロニダゾールによる診断的治療も検討する。HIV 感染 MSM では、高率に赤痢アメーバ抗体と TPHA が陽性であるため（それぞれ15%、69%：国立国際医療センター、エイズ治療・研究開発センター、n=176）、これらの陽性結果は、単に過去の感染の既往を見ている可能性があり、抗体陽性をもって診断の根拠とする場合には注意が必要である。

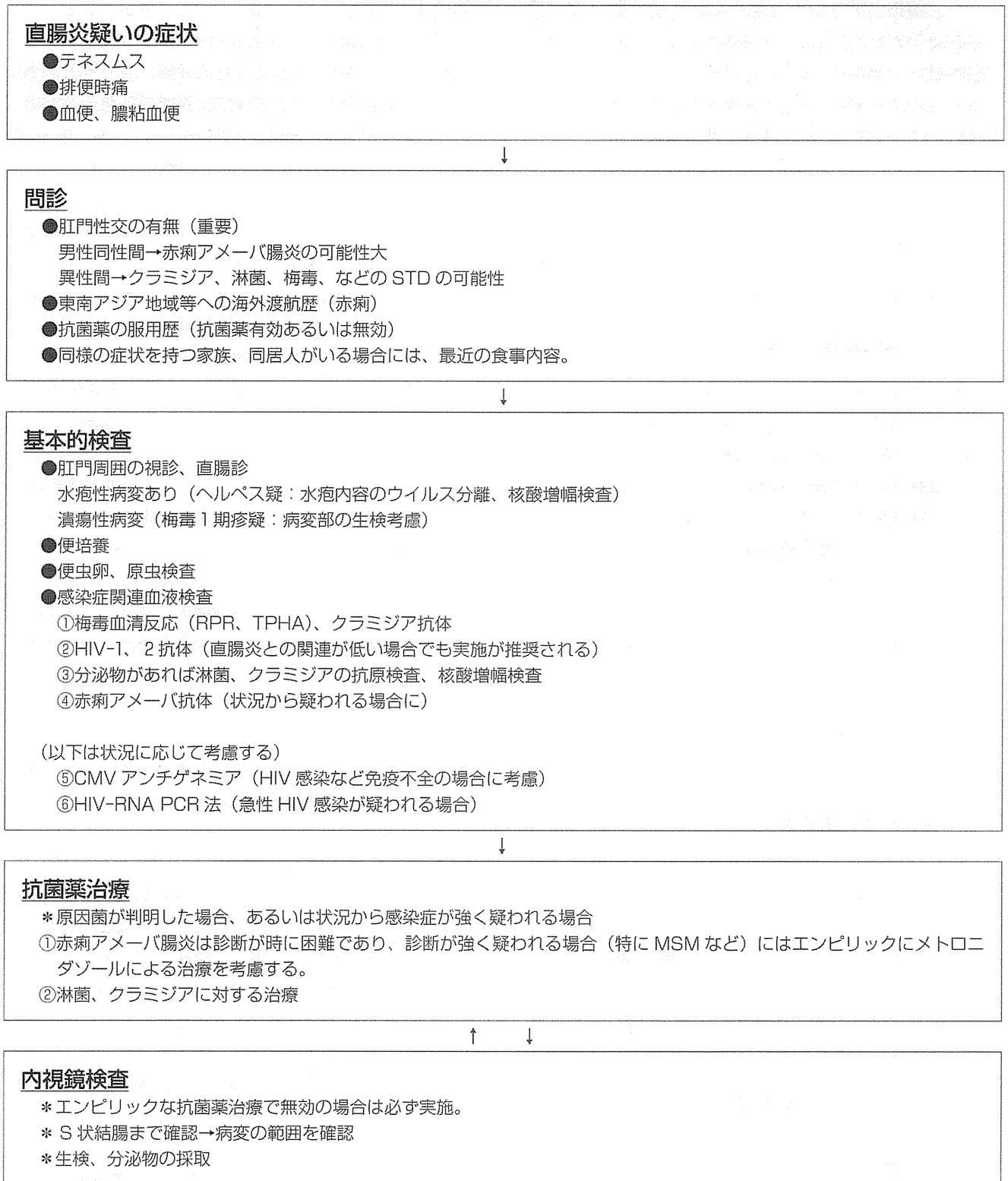
肛門部の潰瘍性病変から蜂窩織炎に進展した症例に対し抗菌薬治療を行ったところ、突然の高熱と全身発疹からなる Herxheimer 反応を呈し、後に梅毒であることが判明した自験例もある。

●梅毒：一般的に、血清学的に梅毒関連抗体価の上昇を証明できれば、診断が可能である。ただし、RPR 法などの脂質抗原に対する抗体検査で128倍以上の高値である場合には、現在梅毒に罹患している可能性が高いが、64倍以下の場合には、過去の感染既往を示しているだけの可能性があるため、解釈には注意が必要である。

また、感染の極めて早期（感染後4週以内）では、血清反応は陰性であるため、診断には、下疳部位より梅毒スピロヘータを証明することが重要である。下疳の表面を擦過して刺激漿液を採取し、パーカー-51ブルーブラックインク1滴と混和して作製した塗抹標本を、乾燥後に鏡検する。

●赤痢アメーバ：糞便検体からアメーバを検出する。新鮮便を使用することが重要で、便中の血液や粘液の部位から検体を採取し、カバーガラスをかけて保温下（37度）

表1 直腸炎疑い時の診療のながれ



で検鏡し、活発に運動する栄養型を検出する。ヨード・ヨードカリ液を混和してからカバーグラスをかけると、栄養体や嚢子が観察でき、内部構造が染め出されるので、類似物との鑑別に役立つ。

注意すべきは、集嚢子法を併用しても便検査による虫体の検出感度は決して高くなく、疑わしい場合には繰り返し検査する必要がある点、そして、特に海外渡航歴がある者で非病原性アメーバの保有者がいる点である。診断は時に困難で、内視鏡検査が実施されても潰瘍性大腸炎と誤診される可能性があり、病変部位からの生検でも病理学的に診断確定できる例は少ない。よって症状等で診断が強く疑われ、かつ病原体が証明できない場合には、メトロニダゾールによる診断的治療を検討する。頻度は低いが、赤痢アメーバ腸炎の数%で腸管外アメーバ症を発症し、特に肝膿瘍が重要である。血液検査でもCRPなどの炎症反応の高値以外に所見に乏しく、肝膿瘍に関連した自覚症状もないことが多いため、赤痢アメーバ腸炎を診断した際には、腹部超音波による積極的な肝膿瘍の除外診断が勧められる。

●クラミジア、淋菌：肛門よりスワブで採取した検体や、内視鏡下で採取した検体を用い、培養や遺伝子検査、抗原検査等による菌体の検出を行う。クラミジアについて

はIgG、IgA、IgMの抗体検査が可能であるが、その結果の解釈には一定の見解がないのが現状である。

●単純ヘルペス：水疱内容あるいは潰瘍底の培養やPCR等によるウイルスの検出が診断に有用である。

●サイトメガロウイルス：潰瘍性病変の生検を行うことで、特徴的な封入体を病理で証明することで診断できる。サイトメガロウイルス腸炎が診断された場合には、進行期のHIV患者である可能性が高い。

A - b. 一般的腸管感染症

これらの感染症では、便培養の提出により高率に菌が検出されるため、診断は比較的容易である。菌の検出には数日を要するため、検体採取後は、発症数日前までの食事内容より原因菌を推定し、抗菌薬による治療をエンピリックに開始する。

B. 特発性炎症性腸疾患

基本的には上記であげたAの感染性疾患がすべて除外された上で、数週以上にわたって症状が持続する場合に、強く疑う。診断は定まった診断基準に従って行われる。

症状とその鑑別診断 4・1

潰瘍性病変(男性)

男性の性器に潰瘍性病変またはびらんを呈する疾患には、以下のものがある。

鑑別を要する疾患

- A. 性器ヘルペス
- B. 梅毒（硬性下疳）
- C. 軟性下疳
- D. 性病性リンパ肉芽腫
- E. 鼠径肉芽腫
- F. 外陰皮膚粘膜カンジダ症
- G. 帯状疱疹
- H. ベーチェット（Behçet）病
- I. 固定薬疹
- J. 接触性皮膚炎
- K. 外傷
- L. 乳房外パジェット（Paget）病
- M. 開口部プラズマ細胞症

疾患の解説

A. 性器ヘルペス

初感染：感染2～10日後に、亀頭部や陰茎体部などの外性器に水疱性病変が多発し、後に破れて浅い潰瘍を形成する。発熱を伴い、鼠径リンパ節の腫脹と圧痛がみられ、尿道分泌物もみられる。ホモセクシャルの肛門性交では、肛門周囲や直腸粘膜にも病変が現れる。治療を行わない場合でも2～3週で自然治癒する。

再発：小さい潰瘍性または水疱性病変が単発するかまたは複数個限局してみられ、疼痛などの症状は初感染に比べて軽い。治療を行わない場合でも1～2週間で治癒する。再発の頻度は様々であり、頻回に再発を繰り返す場合もある。再発の前兆として、外陰部の違和感や大腿から下肢にかけて神経痛様疼痛などを伴うことがある。肛門や臀部にも再発することがある。

B. 梅毒（硬性下疳）

感染後10～30日で感染部位に生じた硬い丘疹（初期硬結）が潰瘍化し、後に両側鼠径部のリンパ節が硬く腫脹する。いずれも疼痛などの自覚症状はない。

C. 軟性下疳

感染後2～7日で、亀頭、冠状溝の周辺に小豆大までの紅色小丘疹が出現し、中央が膿疱化し、次いで浅い潰瘍になる。次第に潰瘍は深くなり、辺縁は鋸歯状で紅暈を伴うが、浸潤は著明でない。灰黄色の被苔をはがすと出血しやすく激痛を伴い、自家接種により数を増し多発してくる。2～3週間後に約50%の症例で鼠径リンパ節が多くは片側性に腫脹する。リンパ節は、多数柔らかく発赤腫脹し、疼痛は著しく、やがて自潰排膿してくる。

D. 性病性リンパ肉芽腫症

感染後3～12日で、感染部位の会陰部や直腸に5～8mm大のびらんや丘疹が生じ、後に潰瘍となり、数日で治癒する。疼痛などの自覚症状がなく、気づかないことが多い。その後1～2週間以内に鼠径部あるいは大腿部リンパ節が、初め硬く腫脹するが、後に軟化後自壊し、ろう孔を形成する。一般に2～3か月で治癒するが、稀に陰茎や陰囊の象皮病へ移行することがある。慢性病変として、陰茎に潰瘍を形成する場合もある。

E. 鼠径肉芽腫

感染後1週～3か月で、陰茎、陰囊、鼠径部、大腿部に自覚症状のない肉様の易出血性の結節が生じる。潰瘍化し、潰瘍辺縁は堤防状に隆起し、周囲に拡大する。

F. 外陰皮膚粘膜カンジダ症

感染後、数日で亀頭部、冠状溝周辺に発赤、紅色丘疹、水疱、膿疱、びらんなどが生じ、浸軟する。

G. 帯状疱疹

外陰部の皮膚や粘膜に、片側性の浮腫性紅斑、次いで小水疱、びらん、潰瘍、痂皮を形成する。神経痛様疼痛が先行、または皮膚粘膜病変とほぼ同時に出現、することが多い。治療を行わない場合でも2～3週で治癒する。

H. ベーチェット病

陰囊に好発。陰茎にも出現する。深く鋭い辺縁を持つやや大型の潰瘍。再発性口腔内アフタ性潰瘍、皮膚症状（結節性紅斑様発疹、毛嚢炎様皮疹、皮下の血栓性静脈炎）、外陰部潰瘍、眼症状（虹彩毛様体炎、網膜ぶどう膜炎）を主徴とする疾患。

I. 固定薬疹

亀頭部、包皮にかけて通常は単発、時に複数の大小不同の類円形の紅斑が出現し、しだいに中央部が暗赤色の局面となる。次いで、びらんや浅い潰瘍を形成する。治癒後、色素沈着を残す。

J. 接触性皮膚炎

一次刺激性のものと、アレルギー性機序によるものと

がある。膣分泌物、抗真菌薬などの医薬品、避妊用具、尿尿、手指を介して接触する物質などで生じ、多くは境界明瞭な紅斑で痒みを伴う。炎症が激しい場合はびらんを生じることがある。

K. 外傷（器物など）

性交後に生じる裂傷、びらん。咬傷が多い。

L. 乳房外パジェット病

陰茎、陰囊、恥丘、肛門、会陰に、境界明瞭な湿潤傾向のある紅斑、脱色素斑、色素沈着、痂皮を伴う局面としてみられる。

M. 開口部プラズマ細胞症

亀頭、陰茎に慢性に経過する境界明瞭な光沢のある赤褐色斑またはびらん。その中に微細な赤色点があることが特徴。中高年に多い。

診断の流れ

A. 性器ヘルペス

- ・ 抗原検査：水疱蓋、水疱底部の細胞を採取し、スライドガラスに載せ、蛍光抗体法にて検出する。
- ・ 核酸検出法（PCR法）
- ・ 培養
- ・ 血清反応（型特異的IgG抗体の検出）

B. 梅毒 硬性下疳

- ・ 墨汁法あるいはパーカーインクで染色。
- ・ 発疹の表面をメスで擦って、病原菌を染色して調べる。
- ・ 生検し、組織像と病原体を検出する。
- ・ 感染後4週間以降のものは梅毒血清反応を行う。

C. 軟性下疳

- ・ 潰瘍面の分泌物の検鏡（グラム染色やウンナーパッペンハイム染色）
- ・ 培養
- ・ 生検

D. 性病性リンパ肉芽腫症

- ・抗体価（補体結合反応）
- ・膿からの菌の証明
- ・生検

E. 鼠径肉芽腫

- ・生検

F. 外陰カンジダ症

- ・水酸化カリウム（KOH）法による顕微鏡検査

G. 帯状疱疹

- ・抗原検査：水疱蓋、水疱底部の細胞を採取し、スライドガラスに載せ、蛍光抗体法にて検出する。
- ・核酸検出法（PCR法）
- ・培養
- ・血清反応（ペア血清による抗体価の有意の変動）

H. ベーチェット病

- ・生検

- ・皮膚の針反応
- ・HLA検査（HLA-B51の検出）

I. 固定薬疹

- ・薬歴調査
- ・DLST
- ・内服試験

J. 接触性皮膚炎

- ・貼布テスト

K. 外傷**L. 乳房外パジェット病**

- ・生検

M. 開口部プラズマ細胞症

- ・生検

症状とその鑑別診断④・2

潰瘍性病変(女性)

女性の性器に潰瘍性病変またはびらんを呈する疾患には、以下のものがある。

鑑別を要する疾患

- A. 性器ヘルペス
- B. 梅毒（硬性下疳）
- C. 軟性下疳
- D. 性病性リンパ肉芽腫症
- E. 鼠径肉芽腫
- F. 淋菌感染症
- G. 外陰・膣カンジダ症
- H. 膣トリコモナス症
- I. 帯状疱疹
- J. ベーチェット病・急性外陰潰瘍（リップシュッツ潰瘍）
- K. 接触性皮膚炎
- L. 外傷
- M. 乳房外バジレット病

潰瘍の深さ、疼痛の有無、現病歴が鑑別のポイントとなる。これらの中で多いのは性器ヘルペスである。

疾患の解説

A. 性器ヘルペス

初感染：感染2～10日後に、大陰唇、小陰唇、膣前庭部、会陰部にかけて水疱性病変が多発し、後に破れて浅い潰瘍になる。高熱を伴い、鼠径リンパ節の腫脹と圧痛がみられ、排尿時痛のため歩行困難にもなる。稀に頭痛や頂部硬直などの髄膜刺激症状を伴う。抗ウイルス薬を使用しない場合、2～3週で自然治癒する。

再発：小さい潰瘍性または水疱性病変が1～数个限局してみられ、症状は初感染と比べて軽い。抗ウイルス薬を使用しない場合1～2週間で治癒する。再発の頻度はさまざまであるが、一般に初感染後年数とともに減少していく。再発の前兆として、外陰部の違和感や大腿から下肢にかけて神経痛様疼痛を伴うことがある。

B. 梅毒（硬性下疳）

感染後10～30日で感染部位の硬い丘疹が潰瘍化し（硬性下疳）、後に両側鼠径部のリンパ節が硬く腫脹する。いずれも、疼痛などの自覚症状がない。

C. 軟性下疳

感染後2～7日で、大陰唇、小陰唇、陰核、膣口部に小豆大までの紅色小丘疹が出現し、中央が膿疱化し、次いで浅い潰瘍になる。次第に、潰瘍は深くなり、辺縁は鋸歯状で紅暈を伴うが、浸潤は著明でない。灰黄色の被苔を剥すと出血しやすく、激痛を伴い、自家接種により数を増し、多発してくる。2～3週間後に、約50%の症例で鼠径リンパ節が、多くは片側性に腫脹してくる。リンパ節は多数柔らかく発赤腫脹し、疼痛は著しく、やがて自潰排膿してくる。

D. 性病性リンパ肉芽腫症

感染後3～12日で、感染部位の膣、外陰、直腸、ときに子宮頸部や咽頭に5～8mm大の紅色丘疹が生じ、後にヘルペス様潰瘍となって数日で治癒する。疼痛などの自覚症状がないために、気づかれないことも多い。その後1～2週間で発熱、全身倦怠感が起こり、深部後腹膜および骨盤リンパ節が腫脹するために、腰痛や下腹部痛を訴える。鼠径リンパ節の腫脹はみられない。下痢、便秘、下血などの直腸炎の症状を伴う。リンパ流の停滞により最終的に大小陰唇が象皮病様に腫脹し、深い難治性の潰瘍が発生してくる。この現象をエスチオメーヌ (esthiomène) と呼ぶ。尿道および直腸狭窄を来すことがある。

E. 鼠径肉芽腫

感染後1週～3か月、通常2～3週間で、小陰唇、陰唇小帯、会陰部に自覚症状のない易出血性の単発または多発する結節が生じる。潰瘍化し、潰瘍辺縁は堤防状に隆起し、周囲に拡大する。無痛のため巨大化し、有棘細胞癌と間違いやすい。鼠径リンパ節の腫脹はみられない。

F. 淋菌感染症

感染後2～7日で、多くのものは、症状は軽いが、帯下が増加する。帯下は薄い、または膿性で、少し匂いを帯びる。帯下のために外陰部に搔痒やびらんを生じ、疼痛を伴う。稀に、排尿困難、下腹部痛がみられる。

G. 外陰・膣カンジダ症

膣カンジダ症を伴うことが多い。びらん潰瘍局面状に、粥状、ヨーグルト様の白色被苔が付着する。

H. 膣トリコモナス症

性交渉後10日前後で生じるが、約半数は無症候性。悪臭のある泡状黄緑色の帯下が増加。帯下の刺激による外陰粘膜に炎症を起こし、白色被苔はない。

I. 帯状疱疹

外陰部の片側の皮膚や粘膜に、神経痛様疼痛が先行または同時に伴う浮腫性紅斑、次いで水疱、潰瘍、痂皮を形成し、2～3週で治癒する。

J. ベーチェット病・急性外陰潰瘍（リップシュッツ潰瘍）

深く鋭い辺縁を持つ潰瘍で大陰唇に好発し、陰茎や小陰唇にも出現する。本症は、再発性口腔内アフタ性潰瘍、皮膚症状（結節性紅斑様発疹、毛嚢炎様皮疹、皮下の血栓性静脈炎）、外陰部潰瘍、眼症状（虹彩毛様体炎、網膜ぶどう膜炎）を主徴とする疾患。

急性外陰潰瘍（リップシュッツ潰瘍）は、外陰部潰瘍と口腔内アフタのみの症例を指す。

K. 接触性皮膚炎

一次刺激性とアレルギー性機序によるものがある。生理用品などの衣料品、抗真菌薬などの医薬品、避妊用具、尿尿、手指を介して接触する物質などで生じ、多くは境界明瞭な紅斑で、炎症が激しい場合はびらんを伴う。

L. 外傷（器物など）

性交後に生じる裂傷、びらん。

M. 乳房外バジエット病

陰唇、恥丘、肛門、会陰に境界明瞭な湿潤する紅斑、白斑、色素沈着、痂皮を伴う局面。

診断のための検査

以下では、診断を行うための検査法の概要を示す。詳細は、第2部の各疾患の記述を参照されたい。

A. 性器ヘルペス

- ・抗原検査：水疱蓋、水疱底部の細胞を採取し、スライドガラスに載せ、単純ヘルペスウィルスのモノクローナル抗体を使用して蛍光抗体法にて検索する。
- ・核酸検出法（PCR法、LAMP法）
- ・培養
- ・血清反応（ELISA法によるIgM抗体、IgGを利用した型特異的抗体検査）

B. 梅毒（硬性下疳）

- ・発疹の表面をメスで擦って、梅毒トレポネーマ（Tp）を染色して調べる。

- ・生検し、組織像とTpを検出する。
- ・感染後4週間以降のものは梅毒血清反応を行う。

C. 軟性下疳

- ・潰瘍面の分泌物の検鏡 (グラム染色やウンナー・パッペンハイム染色)
- ・培養
- ・生検

D. 性病性リンパ肉芽腫症

- ・抗体価 (補体結合反応: L2株を抗原とする)
- ・膿からの菌の証明
- ・生検

E. 鼠径肉芽腫

- ・生検およびスミア 単核球または好中球内のグラム陰性のドノバン小体 (1-2×0.5μm 大、菌体の両端でクロマチンが濃染するため安全ピン状に染色) を検出

F. 淋菌感染症

- ・分泌物、尿沈渣の塗抹標本のグラム染色により白血球細胞質内にグラム陰性双球菌の検出。
- ・核酸検出法
- ・培養

G. 外陰カンジダ症

- ・水酸化カリウム (KOH) 法による顕微鏡検査
- ・簡易培養法

H. 膣トリコモナス症

- ・膣分泌物の無染色標本
- ・培養

I. 帯状疱疹

- ・抗原検査: 水疱蓋、水疱底部の細胞を採取し、スライドガラスに載せ、水痘・帯状疱疹ウィルスのモノクローナル抗体を使用して蛍光抗体法にて検索する。
- ・核酸検出法
- ・培養
- ・血清反応

J. ペーチェット病

- ・生検
- ・皮膚の針反応
- ・炎症反応 (赤沈値の亢進、血清 CRP の陽性化、末梢血白血球数の増加、補体価の上昇)
- ・HLA 検査 (B51陽性)

K. 接触性皮膚炎

- ・症例の詳しい聴取
- ・貼布テスト

L. 外傷

M. 乳房外パジェット病

- ・生検 表皮内に胞体が淡染する類円形の腫瘍細胞が、個々にあるいは集塊をなして、増殖しているのを認める。核異型や核分裂像を認める。

症状とその鑑別診断⑤・1

腫瘍性病変(男性)

精巣上体をのぞく男性の外陰部(性器)に生ずる腫瘍には、鑑別を要する数多くの疾患がある。

鑑別を要する疾患

- A. 尖圭コンジローマ
- B. pearly penile papule
- C. ボーエン様丘疹症
- D. 陰嚢被角血管腫
- E. フォアダイス (Fordyce) 状態
- F. 脂漏性角化症
- G. 基底細胞腫(癌)
- H. 有棘細胞癌
- I. ボーエン (Bowen) 病
- J. 乳房外パジェット病

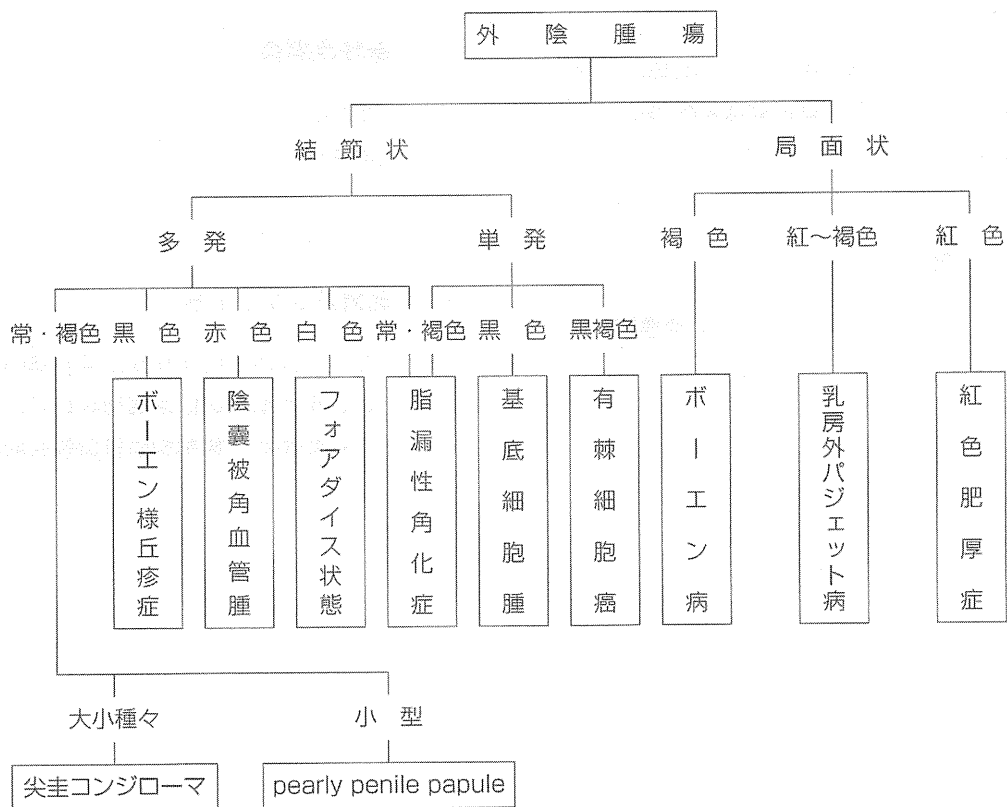


図1 外陰腫瘍診断のためのフローチャート

K. 紅色肥厚症

L. その他

ここには、炎症性疾患（湿疹・皮膚炎群、尋常性乾癬、扁平苔癬など）、感染症（梅毒、伝染性軟属腫、疥癬など）が含まれるが、臨床経過、臨床症状より腫瘍とは鑑別が可能である。

診断法

- ①臨床経過を参考に、隆起性結節状の病変を形成するか、扁平あるいは軽度隆起性の局面状の病変を形成するか、多発性か単発性か、色調の違いなどの臨床症状をもとに診断する。
- ②臨床症状のみでは診断に至らず、鑑別すべき疾患が存在する場合には、生検を行い、ヘマトキシリン・エオシン染色で観察し、必要な場合には抗ヒト乳頭腫ウイルス抗体などを用いた免疫組織化学的検討を行って、確定診断に至る。
- ③病因となるウイルスを同定するためには、DNA-DNA hybridization、PCR 法などを用いてヒト乳頭腫ウイルスの型を検討する。

診断のためのフローチャート

図1に臨床診断のためのフローチャートを示す。

各疾患の解説

A. 尖圭コンジローマ

性的接触による感染機会から約3か月で、亀頭、陰茎に常色から褐色調、時に黒色調の多発性乳頭腫を生じる。自覚症状はない。徐々に増数する。大きさは径2ないし3mm大から指頭大が多いが、時に融合して巨大な腫瘤を形成する。生検により、表皮上層に特徴的な空胞細胞を認める。ヒト乳頭腫ウイルス抗原が陽性となる。ウイルスDNA検索により、ヒト乳頭腫ウイルス6型、11型が検出される。局所免疫を賦活するイミキモド外用薬治療が2007年に承認された。

B. pearly penile papule

陰茎冠状溝に沿って、径1mm大前後の常色ないし

褐色の小結節が配列する疾患で、組織学的には真皮内の血管の増生と線維化からなる。生理的な変化であり、感染性もなく、放置してかまわない。

C. ボーエン様丘疹症

外陰部に径5mm大までの黒色結節が多発する、ヒト乳頭腫ウイルスが関与している疾患である。尖圭コンジローマも時に黒色調を呈することがあり、生検で確認する必要が生じる。組織学的には、表皮内に異型な有棘細胞が増殖しており、表皮内癌の像を示す。しかし、生物学的態度は良性であり、自然消退現象もしばしばみられる。関与しているウイルスは、子宮頸癌などの関連が指摘されているヒト乳頭腫ウイルス16型が多く、十分な治療を行う必要がある。

D. 陰嚢被角血管腫

加齢による変化と考えられるが、陰嚢に径2mm大前後の赤色から赤黒色の柔らかい結節が多発する。組織学的には過角化と表皮直下の血管拡張からなる。時に出血を繰り返す、一部を切除することもあるが、通常は治療の対象にはならない。

E. フォアダイス (Fordyce) 状態

陰茎に径1mm大ほどの白色小結節が多発し、集合する。独立脂腺の増殖が本態であり、口唇、頬粘膜にも生じうる。治療の対象にはならない。

F. 脂漏性角化症

老人性疣贅とも呼称される。加齢に伴って生じる過角化と表皮細胞の増殖からなる良性腫瘍で、単発あるいは多発する。常色から褐色、時に黒褐色調を呈し、表面は疣状である。液体窒素凍結療法により容易に除去しうる。

G. 基底細胞腫 (癌)

高齢者に生じることが多い。黒色調で、中央がやや陥凹した扁平隆起性結節を呈し、辺縁に小型の結節が首飾り様に配列する。組織学的には、基底細胞様細胞が胞巣を成して真皮内に侵入、増殖している。遠隔転移を生じることが極めてまれであるが、局所再発を生じることがあり、十分な切除を行う必要がある。

H. 有棘細胞癌

高齢者に多く、ポーエン病や紅色肥厚症から進行して、真皮内に浸潤する扁平上皮癌である。転移を生じることもあり、十分な切除を必要とする。

I. ポーエン病

褐色から紅褐色の軽度隆起した角化を伴う局面を呈する。生検により診断を下す必要がある。組織学的には表皮内癌であり、十分な切除を加える必要がある。本症は、ほぼ全身に生じうるが、外陰と手指に生じた場合には、ヒト乳頭腫ウイルスの関与がみられることがある。検出される型は16型が多い。

J. 乳房外パジェット病

高齢者に生じる。陰茎、陰囊、鼠径部皮膚に好発する紅色から紅褐色の局面で、びらんまたは色素脱失を伴うこともある。進行すると、結節状となり、所属リンパ節に転移を生じることもある。組織学的には、表皮内に胞体が淡染する大型の腫瘍細胞が、孤立性ないし集塊を成して増殖している。アポクリン汗腺系の悪性腫瘍とされている。

K. 紅色肥厚症

亀頭から陰茎にかけて紅色のビロード状の局面を生じる疾患で、粘膜ないし粘膜・皮膚移行部に生じたポーエン病と考えるべく、独特の臨床像により区別されている。

症状とその鑑別診断⑤・2

腫瘍性病変(女性)

外陰に隆起性病変をつくる性感染症 (STI) として、尖圭コンジローマ、梅毒 (初期硬結、扁平コンジローマ)、疥癬、性器伝染性軟属腫などがあり、STI 以外に、脂漏性角化症、hairy nymphae、localized epidermolytic acanthoma、基底細胞癌、Bowen 病、Paget 病などがある。

多くは、臨床診断で診断がつくが、時に生検し、組織学的に検索する必要がある。

鑑別を要する疾患

- A. 尖圭コンジローマ
- B. 梅毒 (初期硬結)
- C. 扁平コンジローマ
- D. 性器伝染性軟属腫
- E. 疥癬
- F. 脂漏性角化症
- G. 陰前庭乳頭腫症 (hairy nymphae)
- H. epidermolytic acanthoma
- I. 基底細胞癌
- J. ボーエン病
- K. 乳房外バジレット病

疾患の解説

A. 尖圭コンジローマ

感染約3か月後、会陰部や陰唇などに乳頭状の丘疹が出来る。痒くもないが、数が増え、だんだん大きくなってくる。

B. 梅毒 (初期硬結)

感染後10~30日で感染部位に出現する固い丘疹。後に潰瘍化し、鼠径部のリンパ節が腫脹する。いずれの発疹も痛くも痒くもない。

C. 扁平コンジローマ

感染後3か月後バラ疹に次いで現れる梅毒第二期疹で、肛門、陰唇などに生じる。扁平に隆起した灰白色、汚穢な湿潤病変。

D. 性器伝染性軟属腫

感染2週~6か月後に粟粒大~大豆大までの中心が凹むドーム状の腫瘍で、表面平滑で光沢がある。つぶすと白い物質が出る。

E. 疥癬

疥癬虫により、ヒトの皮膚からヒトへ、直接または寝具を介して感染し、腋下、陰股部、指間を中心に、体幹や四肢に激しいかゆみを伴う細かい丘疹ができる。特に陰唇に1cmまでの丘疹ができるのが特徴である。

F. 脂漏性角化症

老人性疣贅ともいい、加齢に伴って生じる表皮ケラチノサイトの増殖からなる良性腫瘍。個疹は扁平あるいは疣状に隆起した褐色調の結節で、表面は角化しているものが多い。黒色調の強いものもある。多くは単発である