

梅毒の診断治療に関する全般的研究 梅毒の治療に関するアンケート調査

【研究分担者】 石地尚興（東京慈恵会医科大学皮膚科）

研究要旨

梅毒の治療は世界的には持続型ベンザチンペニシリンG筋注製剤の一回注射が主流であるが、わが国ではショック死の事例があったため、使用できない。現在行われている内服療法についてはさまざまな問題点が指摘されているため、今後の梅毒治療の標準化に当たりわが国における梅毒治療の現状を把握する目的で医療者を対象にアンケート調査を行った。その結果多くの医師がガイドラインに則ったペニシリン内服療法を行っているが、内服療法の成否が患者のアドヒアランスに左右されるため治療不成功例もみられた。筋注製剤の1回注射を希望する意見が多く、急増している梅毒の拡散に歯止めをかけるためにも治療が確実である筋注製剤の導入が望ましいと考えられた。

A. 研究目的

梅毒の治療は世界的には持続型ベンザチンペニシリンG筋注製剤の一回注射が主流であるが、わが国ではショック死の事例があったため、使用できない。筋注療法に替わるものとして行われているペニシリン内服療法は海外ではほとんど行われておらず、以下の問題点が指摘されている。

1. エビデンスが乏しい。
2. 1期であっても最低2週間、2期では最長8週間という長期内服が必要とされる。
3. きちんと内服しているかどうかは確認困難であり、治療の成否が患者のアドヒアランスに左右される。

今後の梅毒治療の標準化に当たりわが国における梅毒治療の現状を把握する。

B. 研究方法

梅毒の治療にあたっている日本性感染症学会員に対しアンケート調査を行い、現在行われている治療の内容と問題点を明らかにする。

（倫理面への配慮）医療者に対する任意のアンケート調査であり、倫理上の問題は特になし。

C. 研究結果

日本性感染症学会の会員名簿にメールアドレスの登録がある会員1283名のうち回答者数は177名、回答率13.8%であった。

91.5%が日本性感染症学会のガイドラインに沿った治療を行っていた。19.2%が治療不成功例

を経験しており、その要因としては患者がきちんと内服しなかったことが最も多かった。88.7%がペニシリン筋注製剤の導入を希望した。

D. 考察

多くの医師がガイドラインに則ったペニシリン内服療法を行っているが、内服療法の成否が患者のアドヒアランスに左右されるため治療不成功例があると考えられた。筋注製剤の1回注射を希望する意見が多かった。

E. 結論

急増している梅毒の拡散に歯止めをかけるためにも治療が確実である筋注製剤の導入が望まれる。

G. 研究発表

1. 論文発表

- (1) 石地尚興、急増する梅毒を見逃さないためのポイント、日本医師会雑誌、146、2475-2479、2018

2. 学会発表

- (1) 石地尚興、急増する梅毒-診療のポイント-、第22回SRL感染症フォーラム、2017年12月16日、JPタワーホール東京

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

- なし
- 2. 実用新案登録
 - なし
- 3. その他
 - なし

梅毒の治療に関するアンケート

梅毒の治療は世界的には持続型ベンザチンペニシリン6筋注製剤の一回注射が主流ですが、わが国ではショック死の事例があったため、使用できない状態です。筋注療法に替わるものとして現在わが国で行われているペニシリン内服療法は海外ではほとんど行われておらず、以下の問題点が指摘されています。

1. エビデンスが乏しい。
2. 1期であっても最低2週間、2期では最長8週間という長期内服が必要とされる。
3. きちんと内服しているかどうかは確認困難であり、治療の成否が患者のアドヒアランスに左右される。

今後の梅毒治療の標準化に当たり、梅毒の治療をされている先生方の現在の状況と治療についてのご意見を伺いたく以下のアンケートを企画いたしました。3分程度の内容ですので是非ご協力ください。
アンケート結果は日本性感染症学会梅毒委員会としての活動やガイドライン作成の際の参考資料とさせていただきます。

参考：日本性感染症学会ガイドライン2016

バイシリンG1 日120万単位/分 またはアモキシシリン1日1,500 mg/分 3を内服させる。

投与期間は、第1期は2～4週間、第2期では4～8週間、第3期以降では8～12週間を必要とする。

無症候梅毒では、カルジオリピンを抗原とする検査で 抗体価が16倍以上を示す症例は、治療することが望ましい。

投与期間は、感染時期を推定し、その期の梅毒に準じるが、感染後1年以上経過している場合や、感染時期の不明な場合には、8～12週間とする。

実施期間 2018年2月5日(月)～2018年2月14日(水)

回答方法 GoogleフォームによるWeb上でのアンケート

対象者 一社) 日本性感染症学会の会員名簿にメールアドレスの登録がある会員1283名

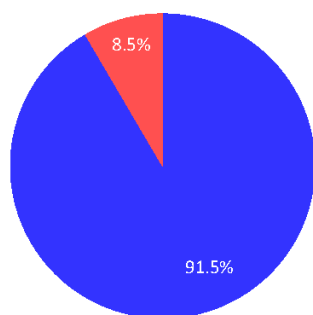
回答者数 177名

回答率 13.8%

問1. 梅毒の治療は上記のガイドライン通りに行っていますか。(ペニシリンアレルギーがない場合)

N=177

(91.5%)	162	はい、ほぼ完全に従っている
(8.5%)	15	いいえ、一部異なる治療を行っている

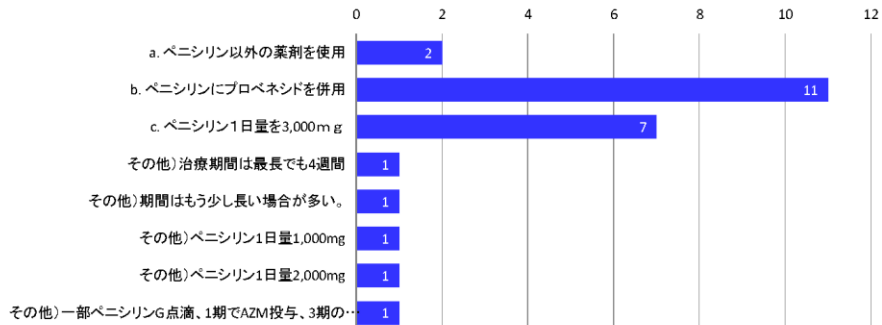


- はい、ほぼ完全に従っている
- いいえ、一部異なる治療を行っている

問2. 問1で「いいえ」を回答した場合どのような治療を行っていますか。
 (「その他」をチェックした場合は内容を記入してください) (複数回答可)

N=15

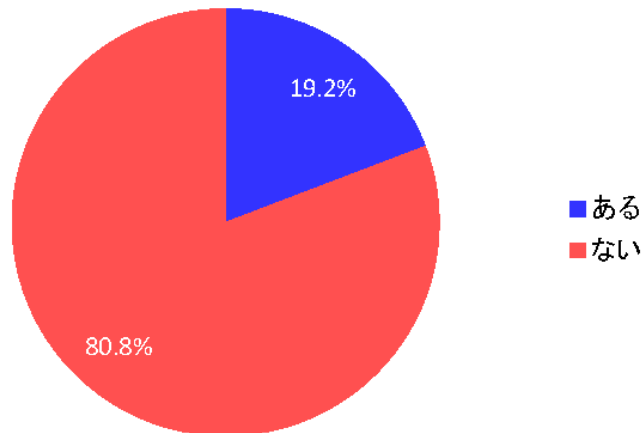
(13.3%)	2	a. ペニシリン以外の薬剤を使用
(73.3%)	11	b. ペニシリンにプロベネシドを併用
(46.7%)	7	c. ペニシリン1日量を3,000mg
		以下「その他」を選択した回答者
(6.7%)	1	治療期間は最長でも4週間
(6.7%)	1	期間はもう少し長い場合が多い。
(6.7%)	1	ペニシリン1日量1,000mg
(6.7%)	1	ペニシリン1日量2,000mg
(6.7%)	1	一部ペニシリン6点滴、1期でAZM投与、3期の投与期間で髄液所見あればペニシリン6点滴



問3. 治療が不成功だった経験がありますか。 (再感染は除く)

N=177

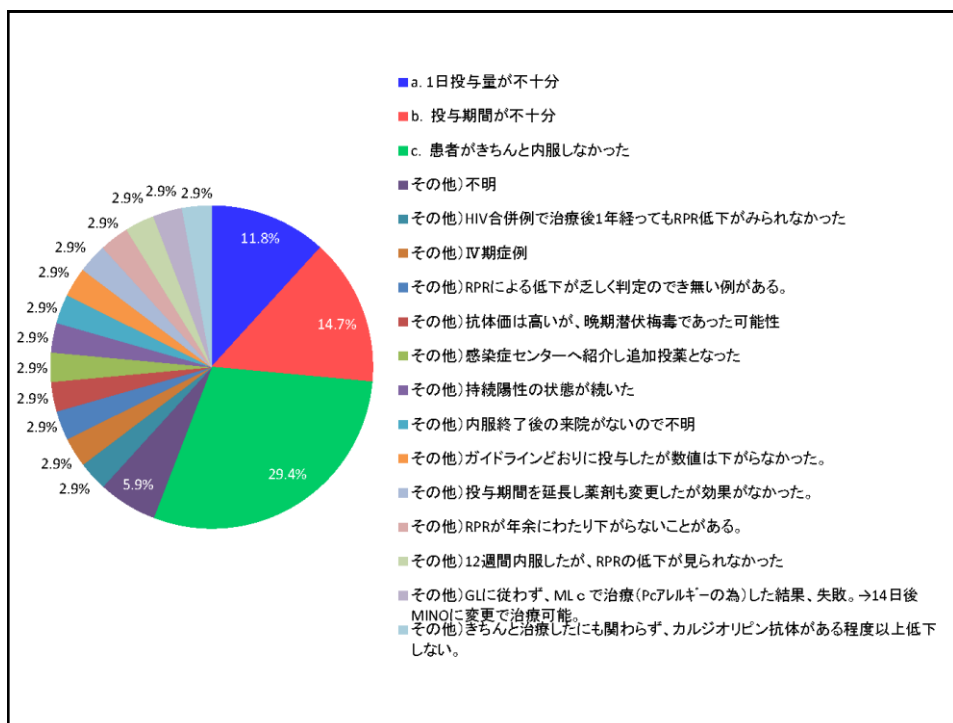
(19.2%)	34	ある
(80.8%)	143	ない



問4. 問3で「ある」と回答した方にお聞きします。
 (「その他」を選択した方は内容を記入してください)

N=34

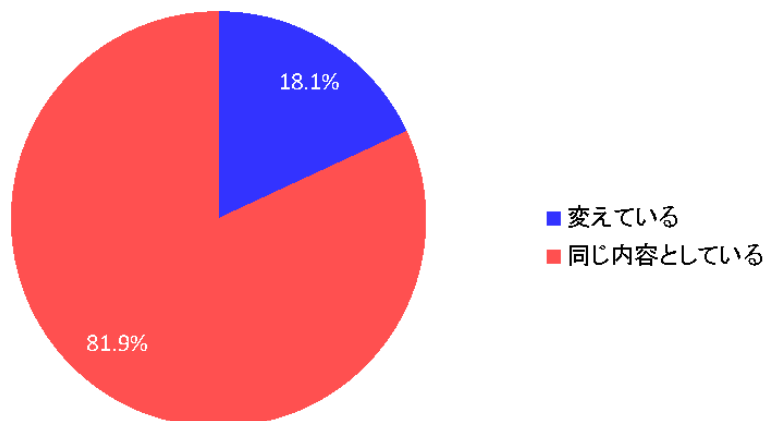
(11.8%)	4	a. 1日投与量が不十分
(14.7%)	5	b. 投与期間が不十分
(29.4%)	10	c. 患者がきちんと内服しなかった
		以下「その他」を選択した回答者
(5.9%)	2	不明
(2.9%)	1	HIV合併例で治療後1年経ってもRPR低下がみられなかった
(2.9%)	1	IV期症例
(2.9%)	1	RPRによる低下が乏しく判定のできない例がある。
(2.9%)	1	抗体価は高いが、晩期潜伏梅毒であった可能性
(2.9%)	1	感染症センターへ紹介し追加投薬となった
(2.9%)	1	持続陽性の状態が続いた
(2.9%)	1	内服終了後の来院がないので不明
(2.9%)	1	ガイドラインどおりに投与したが数値は下がらなかった。
(2.9%)	1	投与期間を延長し薬剤も変更したが効果がなかった。
(2.9%)	1	RPRが年余にわたり下がらないことがある。
(2.9%)	1	12週間内服したが、RPRの低下が見られなかった
(2.9%)	1	GLIに従わず、MLcで治療（Pe7ルギー-の為）した結果、失敗。→14日後MINOに変更で治療可能。
(2.9%)	1	きちんと治療したにも関わらず、カルジオリピン抗体がある程度以上低下しない。



問5. HIV感染者と非感染者で治療内容を変えていますか.

N=177

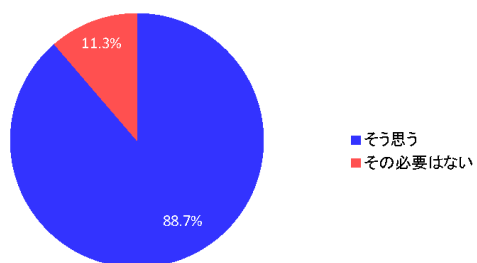
(18.1%)	32	変えている
(81.9%)	145	同じ内容としている



問6. 内服療法は一定期間の内服が必要で治療の成否が患者のアドヒアランスに左右されます。わが国でも海外と同じように1回注射で治療が終了するベンザチンペニシリンGの筋注製剤を使うようにすべきだと思いますか.

N=177

(88.7%)	157	そう思う
(11.3%)	20	その必要はない



問7. 現在のガイドラインでは無症候性梅毒に関して脂質抗体16倍以上を治療対象としています。
新規患者数が年々増加している現在、このままでよいでしょうか。

N=177

(18.1%)	32	このままでよい
(18.1%)	32	16倍未満でも陽性患者はすべて治療すべき
(63.8%)	113	抗体価は参考程度とし、治療歴や感染機会を考慮して柔軟に治療対象を選択すべき

