

## 神経梅毒の診断と治療

### ●診断

梅毒のトレポネーマは初感染後4週間の間は陰性なので診断は繰り返し行う必要がある。神経梅毒の診断は患者のHIVの既往の有無によって異なる。以下に具体的な診断について記す。

まず血清FTA-ABS法およびTPPA法による検査を行い、陰性群を除外する。次に・・・

#### I.非HIV患者の場合

陽性群に対して後根後索障害症状(下肢電撃痛・排尿障害・Romberg徴候)やArgyll-Robertson瞳孔、脳梗塞や髄膜炎および痙性対麻痺を示唆する神経所見の有無の確認とRPR法を実施する。腰椎穿刺は①神経所見があった時、②神経所見が無かった場合でもRPR法で1:32以上である時に行う。髄液VDRL検査を行い、陽性であれば神経梅毒と診断する。陰性であった場合、髄液白血球数を調べ、 $5/\mu\text{L}$ 以上であった場合も神経梅毒として扱う。髄液白血球数が $5/\mu\text{L}$ 以下であった場合は髄液中の蛋白濃度を測定し、 $45\text{mg/dL}$ 以上であった場合は髄液FTA-ABS検査を行い、陽性なら神経梅毒と診断する。

#### II.HIV患者の場合

異なる点は1.神経学的所見がみられず、 $\text{RPR} < 1:32$ かつ $\text{CD}4 > 350/\mu\text{L}$ の場合にも腰椎穿刺を考慮する。2.脳脊髄液中白血球の、神経梅毒診断が確定する数値が高くなっており、境界域での判定に蛋白質を使用しない。この二点である。

髄液VDRL陰性の場合に白血球数を検査するが、非HIV患者が $\text{WBC} > 5/\mu\text{L}$ で神経梅毒扱いとなるのに対し、HIV患者は $\text{WBC} > 20/\mu\text{L}$ 神経梅毒と診断する。これはHIVの患者があらゆる日和見感染のために白血球数が上昇を来すために基準が厳しくなっているためで、逆に $\text{WBC} < 5/\mu\text{L}$ の場合は他の検査を待たずに神経梅毒ではないと断言される。 $6 < \text{WBC} < 20/\mu\text{L}$ の場合は非HIV患者と違い脳脊髄液中の蛋白濃度は評価の対象とはならず、① $\text{CD}4 < 200/\mu\text{L}$ ② $\text{HIV RNA} < 50\text{c/mL}$ ③抗レトロウイルス薬の服用のうちいずれかの条件を満たせば直ちに神経梅毒扱いとなる。

①～③のいずれも満たさない場合は脳脊髄液FTA-ABS法を施行して陽性ならば神経梅毒と診断する。

### ●治療法

ペニシリンG300～400万単位を四時間毎に静注または2400万単位/日静注を10-14日間継続する。あるいはペニシリンGプロカイン240万単位/日を筋注と同時にプロベネシド500mg/日内服を10～14日間継続するのがスタンダードとされている。ただし、軽いペニシリンアレルギーを持つ患者に対しては代替策としてセフトリアキソン2g/日静注を10～14日間継続し、重いペニシリンアレルギーを持つ患者に対してはペニシリンGによる治療に先立ってβラクタム系薬剤に対する減感作を行うのが良いとされている。減感作にも関わらずペニシリン療法を始められない場合は、更なる代替策としてドキシサイクリンを200mg/日内服を21～28日継続する療法に切り替える。なお、梅毒の治療開始から24時間以内に精神症状の悪化や悪寒、頭痛がみられることがあるので注意する。これはヤーリッシュ・ヘリクスマイヤー反応と呼ばれており、一気に体内からスピロヘータが消失することによる反応といわれているが詳しい機序は不明である。

### ●治療効果の評価

#### I、非HIV患者の場合

治療後3～6ヶ月後に腰椎穿刺を行い、以降も半年ごとに施行して脳脊髄液内の白血球数が正常に戻り、脳脊髄液VDRLが陰性になるまで続ける。治療から二年経っても脳脊髄液所見が陰性化しない場合は再度の治療が推奨される。脳脊髄液中の白血球数が上昇や、脳脊髄液VDRLの増加が見られている場合も再度の治療を推奨する。

## II、HIV患者（あるいはその他の免疫不全）の場合

免疫不全患者、抗レトロウイルス薬を使用しているHIV患者は腰椎穿刺による脳脊髄液の評価はできない。この場合は血清RPR法によって神経梅毒治療の指標とすることができる。

参考文献：[www.update.com](http://www.update.com) uptodate”neurosyphilis”