

CQ1-08 カンジダ外陰腔炎の診断と治療は？*Answer*

1. 外陰部および腔内から直接検鏡にて菌体の確認, または培養(専用の簡易培地を用いてもよい) によりカンジダの存在を確認し, 臨床症状と併せて診断する. (B)
2. 治療は腔内を洗浄後, 抗真菌薬(腔錠)を挿入する. 外陰部にはクリームまたは軟膏を用いる. (A) 表 1~3
3. 治療により自覚症状の消失と帯下所見の改善をみたものを治癒とする. (A)

(表 1) 連日投与法の場合

一般名	商品名	用量	投与期間
クロトリマゾール	エンペシド腔錠	1 個/日	6 日間
硝酸ミコナゾール	フロリード腔錠	1 個/日	6 日間
硝酸イソコナゾール	アデスタン G100	1 個/日	6 日間
硝酸オキシコナゾール	オキナゾール腔錠	1 個/日	6 日間

適時追加

(表 2) 通院困難例の場合

一般名	商品名	用量	投与回数
硝酸イソコナゾール	アデスタン G300	2 個/回	1 回/週
硝酸オキシコナゾール	オキナゾール腔錠	1 個/回	1 回/週

適時追加

(表 3) 局所塗布剤

一般名	商品名	用量	投与期間
クロトリマゾール	エンペシドクリーム	2~3 回/日	5~7 日間
ミコナゾール	フロリードクリーム	2~3 回/日	5~7 日間
硝酸イソコナゾール	アデスタンクリーム	2~3 回/日	5~7 日間
硝酸オキシコナゾール	オキナゾールクリーム	2~3 回/日	5~7 日間

適時延長

▷解説

1. カンジダ外陰腔炎の原因菌の大部分は *Candida albicans* (以下, *C. albicans*) で, 他に, *Candida glabrata* (以下, *C. glabrata*) などがある. これらは消化管や皮膚などの常在菌である. したがって, カンジダ菌が検出されたのみでカンジダ症と診断できない. 自他覚所見が出現して初めてカンジダ症とすることができる¹⁾. 帯下感, 掻痒感 (患者は痛痒いと訴える) などの自覚症状とカッテージチーズ様, 酒粕様の特有な帯下所見と併せれば診断は概ね可能であるが, 他の原因菌でも紛らわしい所見を呈する場合や混合感染の場合もあるので注意を要する. カンジダ外陰腔炎は, 上述の常在菌が菌交代現象として繁殖し, 症状を発現させることによって起こる²⁾. 誘因としては, 抗生剤服用後が最も多く, その他に

妊娠、糖尿病、その他消耗性疾患罹患、化学療法、免疫抑制剤投与、放射線療法、通気性の悪い下着の着用、不適切な自己洗浄などがある²³⁾。しかし臨床の場では、感冒、過労、睡眠不足、体調不良などの後に症状が出現したと訴えてくるケースもあり、因果関係を突き止めることができないことも多い。性感染症としてカンジダ菌は女性から男性に対してはしばしば原因となるが、男性から女性への感染頻度は低いとされている²⁴⁾。

カンジダ菌の検出方法は検鏡法と培養法がある。検鏡法にはスライドグラスに生理食塩水を1滴落とし、腔分泌物を混ぜ、カバーグラスをかけて顕微鏡で生鮮標本を観察する方法と、10%KOHを滴下した標本を観察する方法があり、いずれも分芽胞子や仮性菌糸体を確認する。ただし *C. glabrata* は仮性菌糸体を形成しないので注意する。生鮮標本による菌の確認法は習熟を要するが、トリコモナスの存在、他の細菌の多寡、白血球の増多の有無、腔桿菌の存在が観察できることより、他の腔炎との鑑別に意義がある⁵⁾。標準的分離培地にはサブローブドウ糖寒天培地が、選択培地にはクロモアガー (TM) カンジダ[®]が使用される。臨床現場での簡易培地としては水野・高田培地 (MT 培地)[®]、CA-TG 培地[®]、カンジダ培地 F[®]がある。判定に当たっては、一般用医薬品として市販されている腔錠、外用薬を患者が既に使用開始している場合があることも念頭に置く。

2. 治療薬剤については表1~3に記した⁵⁾⁶⁾。自覚症状や特有の帯下所見があればカンジダ症と臨床診断し、培養結果を待たずに治療を開始しても支障はないが、前述の如く他の原因菌による感染や混合感染も念頭におく必要がある。

治療は一般には連日通院を原則とし、腔内を洗浄後に表1に示した腔錠を腔円蓋部に挿入する。治療回数は、概ね6回をまず行い効果を確認し、十分でない場合は追加治療を検討する。

通院困難例に対しては週1回投与法を行う。表2に示す腔錠を腔洗浄腔後、腔円蓋部に挿入する。治療効果は連日治療の方がやや優れている⁷⁾。腔円蓋部に挿入しても途中で落下してしまうケースもあり、週1回投与の場合には十分な効果が発揮できないこともある。また原因菌がカンジダ菌以外の菌であった場合は、その原因菌に対する治療開始が遅れることになり、注意を要する。

腔錠を処方し患者に自己挿入させる方法は、不適切な自己処置で治癒を遅らせる可能性もあり、十分な指導が必要である。なお処方として出せる腔錠の個数に制限がある。

外陰部には表3のクリームを用いる。1日2~3回外陰部に塗布する。外陰部の塗布は通常患者自身が行う(来院時の外陰軟膏処置は、療養規則の変更により現在では病変部面積が100cm²以上の場合でないと点数算定できない)。大陰唇より外側に炎症が存在している場合は、皮膚カンジダ症としての治療が必要になり、皮膚科領域の軟膏やローションが必要な場合もある。外陰部を清潔に保つように指導することは重要であるが、石鹸の使用は皮膚や粘膜を刺激し、却って炎症を悪化させることが多いため、注意を喚起する必要がある。外陰部の炎症症状が強く、抗真菌剤の外用で症状が改善しない場合がある。そのようなケースでは湿疹の合併を考える。湿疹に対する治療として weak group のステロイド薬を2~3回併用すると軽快することが多い。ただし漫然と使用するとカンジダ症の治癒を遅らせることになる。また、外陰ヘルペスの初期にも掻痒感を訴えることがあるので注意すべきである。

カンジダ外陰腔炎の85~95%は初回治療により治癒に至るが²⁾、少数は再発を繰り返す。年間4回以上再発を繰り返す例を recurrent vulvovaginal candidiasis という⁸⁾。再発性、治療抵抗性のカンジダ外陰腔炎では、先に述べた誘因が持続的に存在しているか否かを調べる必要がある。しかし誘因不明のことも多い。

再発を繰り返す例では *C. glabrata* が原因菌となっていることが多いという指摘、抗真菌剤の中に *C. glabrata* に対する MIC が *C. albicans* のそれに比べ高いものがあるという報告がある⁹⁾。現在 *C. glabrata* に対する最適の治療法は確立されていないので⁸⁾、初回使用薬と異なる薬剤に変えるか、投与

期間を長目にして治療効果をみる⁷⁾。カンジダ菌の主たる侵入経路である消化管における増殖を抑制する目的でアムホテリシン B (ハリゾン錠[®]) の内服法もあるが、これに対しては一定の見解がなく⁵⁾、標準的治療とは言えない⁹⁾。また本剤は消化管で吸収されないので、腔や外陰皮膚に移行せず、同部に存在するカンジダ菌に対する効果はないとされている。外国では再発例に対する内服治療 (薬剤が血行性に粘膜・皮膚に移行する治療) として、フルコナゾール、イトラコナゾールの治験例が報告されているが⁶⁾、日本では未承認である。また、これら薬剤は妊婦には禁忌であること、他剤との相互作用が多いことや耐性菌の出現などの問題がある。

3. 解説 1 で述べた如くカンジダ菌は消化管や皮膚などの常在菌であるため、菌が少量残存している場合でも治療により上記症状が消失したものを治癒とする。治療後に培養検査を行う場合は、このことを患者に十分説明し、余計な心理的負担をかけないよう配慮すべきである。

文 献

- 1) 久保田武美：外陰・腔真菌症と腔トリコモナス症. 産婦人科の実際 1984；33：559—567 (III)
 - 2) 松田静治：外陰・腔の感染症. 産婦人科領域感染症, 医薬ジャーナル社, 1988 (III)
 - 3) 木村好秀：外陰の感染症チェックポイント真菌感染症. 産婦人科の実際 1997；46：661—667 (III)
 - 4) 高田道夫：Candida 症. 熊本悦明：島田 馨：川名 尚編：性感染症学, 大阪, 医薬ジャーナル社, 1990, (III)
 - 5) 日本性感染症学会：性感染症診断・治療ガイドライン 2008, 性器カンジダ症. 日性感染症会誌 2008；19 (1, suppl)：84—88 (Guideline)
 - 6) 日本産婦人科医会：外陰・腔カンジダ症. 感染とパートナーシップ. 研修ノート No.69, 2002；85—87 (III)
 - 7) 久保田武美：性器カンジダ症. 臨婦産 2009；62：176—179 (III)
 - 8) Centers for Disease Control and Prevention: Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2006. MMWR 2006; 55 (No.RR-11): 1—100 (Guideline)
 - 9) 久保田武美：治療抵抗性外陰腔真菌症. Jpn. J. Med. Mycol. 1998；39：213—218 (III)
-