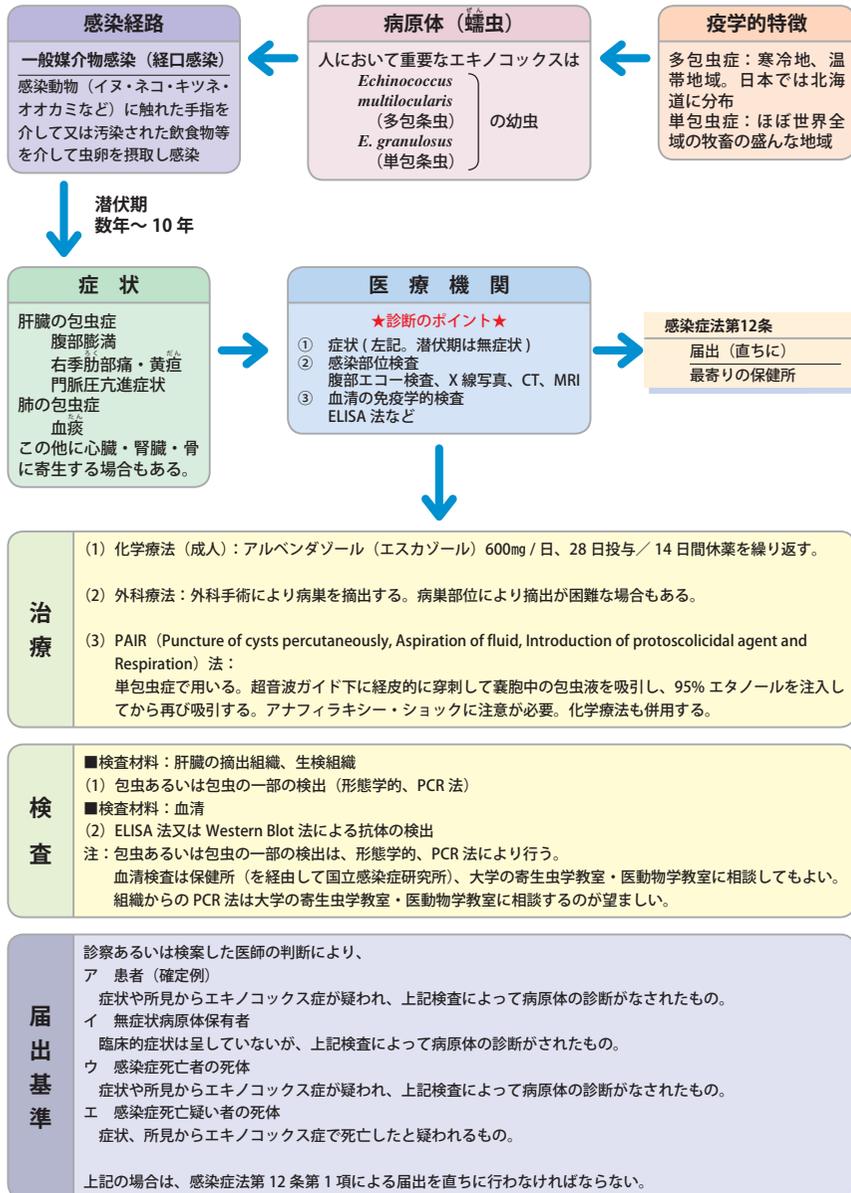


(4) エキノコックス症 (包虫症) ……四類感染症

Echinococcosis



参考図書

- (1) 熱帯病に対するオーファンドラッグ開発研究班 2017; 寄生虫症薬物治療の手引き
- (2) 吉田幸雄: 単包条虫および多包条虫 『図説人体寄生虫学 (第6版)』南山堂、2002
- (3) 日本臨床寄生虫学会編: 症例からわかる臨床寄生虫病学 医学図書出版 2004
- (4) 国立感染症研究所 エキノコックス症とは <https://www.niid.go.jp/niid/ja/kansennohanashi/338-echinococcus-intro.html>
- (5) 感染症発生動向調査事業における届出の質向上のためのガイドライン

発生状況

多包虫症：アラスカ、シベリア、グリーンランド、カナダ、ヨーロッパ (アルプス地域)、中国北部。日本では北海道において、キタキツネ (終宿主)、エゾヤチネズミ (中間宿主) 間で生活環が定着し、全道に拡散。

単包虫症：オーストラリア、ニュージーランド、アジア大陸 (ほぼ全域)、インド亜大陸、西アジア、アフリカ (北部、東部、南部)、南アメリカ、カナダ、アラスカ。

臨床症状

感染後数年を経てから出現。臨床症状は包虫の存在部位により種々の症状を呈する。最も頻度の高い存在部位は肝であり、肺、骨、心臓などにも存在することがある。肝の包虫症では易疲労感、右季肋部痛、黄疸、門脈圧亢進症状などを、肺の包虫症では血痰などの症状を認める。

検査所見

包虫の存在部位により種々の所見がある。肝に存在すれば肝機能障害を呈し、腹部エコーで低エコー域を認め、CT検査で低吸収域を認める (多包虫症では石灰化を伴うことも多い)。肺に存在すれば胸部レントゲン写真で陰影を認める。血清の免疫学的検査 (ELISA法など) で陽性を示す。肝生検は、単包虫症では包虫液が漏出してアナフィラキシー・ショックを起こすことがあるので、注意が必要とされている。

病原体

Echinococcus multilocularis, *E. granulosus* の幼虫 (metacestode)

感染経路

虫卵の経口摂取で感染する。ヒトは中間宿主である。ヒトからヒトへの感染はない。誰でも感染する可能性がある。

潜伏期

一定していない。包虫の存在部位により潜伏期には長短があるが、一般的に数年から10年ぐらいとされている。

行政対応

診断した医師は、直ちに最寄りの保健所に届け出る。症状発現までに慢性経過を取るので居住・旅行歴 (海外を含む) を30年くらいまで遡る必要がある。

拡大防止

北海道ではキツネとの接触を避けるようにする。キャンプ、野営等では、生水や生の山野菜の飲食を避ける。

治療方針

できれば手術。ただし、単包虫症ではアナフィラキシー・ショックを起こすことがあるので、包虫液が漏出しないように注意。切除不能例では薬物療法。
 薬物療法では、成人の場合アルベンダゾール (エスカゾール) 600mg/日、28日投与/14日間休業を繰り返す。
 単包虫症では薬物療法+PAIR法でもよい。1週間アルベンダゾールを治療した後、PAIR法を行い、その後3週間投与する。アナフィラキシー・ショックに注意。