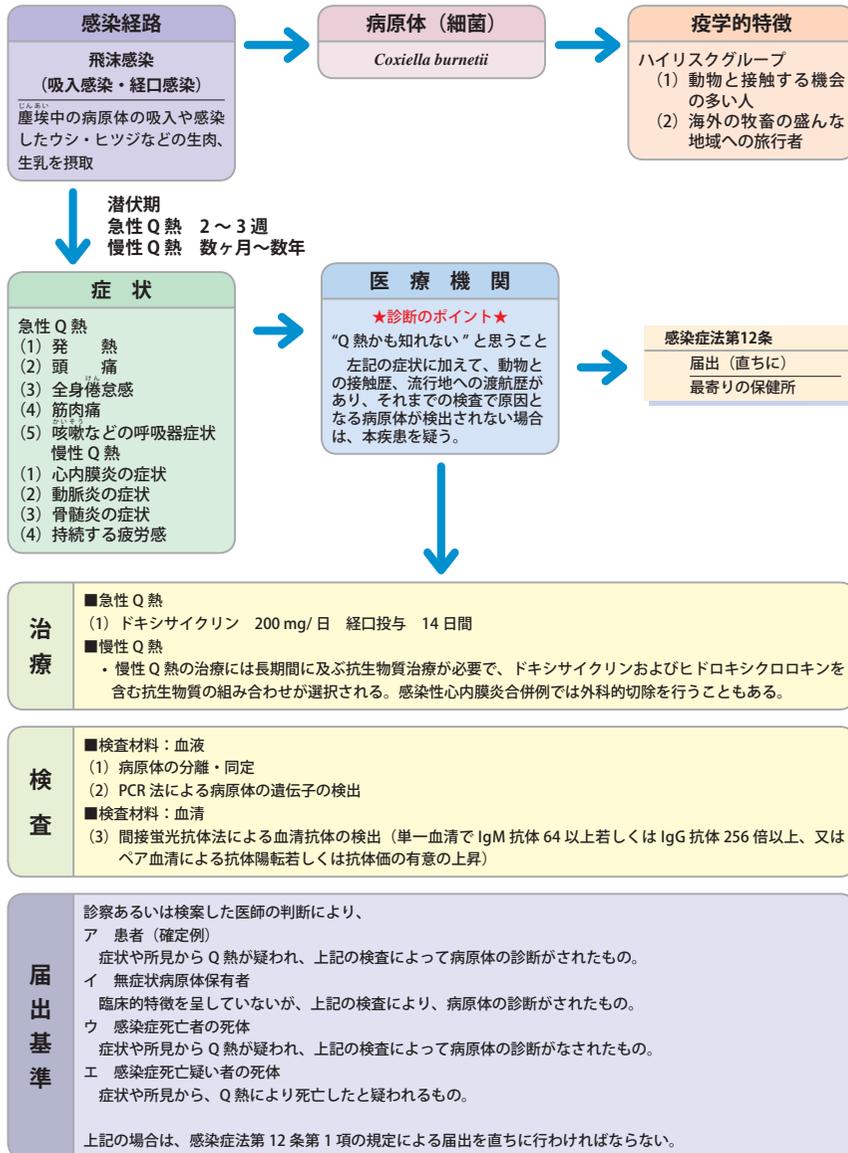


(10) Q熱 ……四類感染症

Q fever



参考図書

- (1) 大西健児：急性Q熱『別冊日本臨床領域別症候群』p 249-251, 1999
- (2) 小田麻ほか：慢性Q熱『別冊日本臨床領域別症候群』p 252-254, 1999
- (3) 小田麻ほか：Q熱と *Coxiella burnetii* 日本細菌学雑誌 50:703-715, 1995
- (4) Walker DH, Dumler JS, Marrie T. Q fever. In Harrison's Internal Medicine. Fauci AS et al., 17th ed. McGraw Hill. p1066-1067, 2008.
- (5) John E. Bennett, Raphael Dolin, Martin J. Blaser. *Coxiella burnetii* (Q Fever). Principle and Practice of Infectious Diseases. 8th ed p2208-2216. 2015.

発生状況

ウシ、ヒツジなどの家畜やネコなどに感染し、尿、糞、乳汁中に排菌する。牧畜業者、動物飼育業者、食肉業者、獣医などの動物と接触する機会の多い人に感染の危険度が高い。
 ヨーロッパや中近東からアジア、アフリカ、南北アメリカ大陸、オーストラリアなどの牧畜の盛んな地域で患者が発生している。日本にも存在する。2005年から2015年における日本国内の発生動向は、年間0～8件である。

臨床症状

■急性Q熱

発熱、頭痛、全身倦怠感、筋肉痛などのインフルエンザ様症状や肝炎など。
 発病10～30日前に動物との接触歴や牧畜の盛んな地域への旅行歴があれば本症を疑う。

■慢性Q熱

心内膜炎、動脈炎、骨髄炎など。回復後に持続する疲労(Q熱後疲労症候群)を呈することがある。
 血液培養が陰性の心内膜炎では本症も考える。

検査所見

血清AST、ALT、LDHの上昇。

急性Q熱ではII相菌に対する血清抗体価の上昇。慢性Q熱ではI相菌とII相菌に対する血清抗体価の上昇を確認する(特にI相菌に対する抗体が高値)。PCR法で血清の*C. burnetii*のDNAを検出する。

病原体

コクシエラ・バーネティー (*Coxiella burnetii*)。以前はリケッチアに分類されていたが、現在は一般細菌も含まれるγプロテオバクテリア綱コクシエラ属に分類される。ダニなどの媒介を要しない。芽胞様構造をとることができ、環境中で安定である。

感染経路

塵埃中の*C. burnetii*を含むエアロゾルの吸引や汚染された生乳の飲用による感染。ヒトからヒトへの感染はまず起こらない。

潜伏期

急性Q熱では2～3週(菌量に依存)。
 慢性Q熱では数ヶ月～数年。

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。

拡大防止

上記ハイリスク者への疾患情報提供。

世界中に存在している病気であり、日本国内でも病原体の存在が確認されている。輸入感染症としてだけでなく、国内での発生動向の把握が必要である。

報告では、家畜の出産シーズンに感染が発生することが多く、出産時の動物、特に死・流産などを起こした動物の取扱い、また、生乳などの飲用には注意が必要である。

治療方針

急性Q熱ではテトラサイクリン系抗菌薬を10日間投与する。慢性Q熱に移行しなければ、急性Q熱は自然治癒力が強く、予後は良好である。

慢性Q熱では使用薬剤や投与期間に一定の基準がない。TC系とリファンピシンの併用、TC系とニューキノロン薬の併用、リファンピシンとST合剤の併用など。投与期間は症例によって異なる(最低3年間、あるいは、I相菌に対するIgG抗体がIFA法で200倍以下になるまでなど)。血行動態に異常があれば場合によっては手術を行う。