

A CASE OF AIDS DETECTED AT DEPARTMENT OF OTORHINOLARYNGOLOGY

Rinya Sugita, Kazuhiro Teramoto and Nozomu Kosakai

(Juntendo Urayasu Hospital)

Shozo Kawamura (Juntendo University, School of Medicine)

A patient with the main complaint of pharyngeal pain who visited our otorhinolaryngology department as the result of many tests was diagnosed as hairy AIDS.

The patient was a 42 years old male who worked as a dancing instructor and was homosexual. Tonsillar candidiasis, swelling of lymph glands in the cervical region; and dermal erythema in the neck were confirmed.

Blood tests showed a reduction in WBC, increase in the erythrocyte sedimentation rate (ESR), advance in immunoglobulins IgA and IgG, reduction in T-cells, reversal of OKT4 / OKT8 by 0.2, the tuberculin response was negative and the HIV antibody value had increased 320x.

Complications didn't include pneumocystis carinii and kaposi sarcoma.

耳鼻科で発見された AIDS 症例

順天堂大浦安病院耳鼻咽喉科

杉田 麟也・寺本 和弘

順天堂大浦安病院院長

小酒 井 望

順天堂大耳鼻咽喉科

河 村 正 三

はじめに

後天性免疫不全症候群 (Acquired Immunodeficiency Syndrome, AIDS) は1981年に Centers for Disease Control (CDC) がロサンゼルス在住の5人の同性愛男性にカリニ肺炎がみられたこと、およびニューヨークとロサンゼルスで26人の同性愛男性にカポジ肉腫がみられたことを報告したのに端を発している。

対岸の火事としてながめてきたわが国でも1985年3月、初めて患者が発見され、1987年

3月19日のエイズサーベイランス委員会の資料では36名を数えるようになり、増加の一途をたどっている。

AIDSはレトロウイルス科の Human Immunodeficiency Virus (HIV) の感染が原因であり、HIVは血液、精液中に濃厚に存在する。感染経路は濃厚な性的接触、輸血や血液製剤の受注、汚染された注射針の共用、さらに母親が HIV ウィルス保有者の場合、その周産期における母児感染などである。

米国のCDCの資料によれば男性同性愛者ないし両性愛者が全AIDS患者の73%を占め、ついで静脈注射による麻薬常習者が17%近くみられるが、汚染された注射針の共有が原因とされている。

本疾患は成人、男子に多く、症状は発熱、関節痛、筋肉痛、下痢、リンパ節腫脹などで致死率は50%を越える。

このたび、咽頭痛を主訴に耳鼻咽喉科外来を受診した患者が、咽頭所見にもとづく問診の結果、性病による病変が疑われ、種々の検査の結果、AIDSと診断した症例を経験したので報告する。

症 例

K. O.、42才、男性、自由業

主訴：咽頭痛

既往歴：水痘症（1983年）、左肋間部带状疱疹（1986）。性癖：男性同性愛

家族歴：父は脳卒中にて死亡、姉4人中1人死亡。

現病歴：4～5年前の冬、両側の口蓋扁桃に白苔が付着、同時に咽頭痛も伴ったが10日間ぐらいで消失した。以後、1～2回/年に同様の症状が生じ、1986年には2ヶ月に1回の頻度となり、約1ヶ月間は症状が続くようになった。

このたび1987年1月初旬から再度咽頭痛が出現、某医で1ヶ月間治療をうけたが全く改善せず、順天堂大学付属浦安病院耳鼻咽喉科の外来を受診した。



図1 AIDS患者の咽頭所見

初診時所見：図1のごとく両側口蓋扁桃の表面に灰白色のきたない偽膜が付着、さらに扁桃の上極に2～3mm径の浅い潰瘍を認めた。舌の表面は細かい毛が生えた黒毛舌の状態で見られた。真菌症を思わす所見であった。

両側の頸部リンパ節を2～3個ずつ触知した。そして顔面と頸部の皮膚には図2のような紅斑を認めた。しかし、カポジ肉腫は存在しない。

図2 AIDS患者の皮膚紅斑



表1 血液検査結果

WBC 2,300/mm³, RBC 380×10⁶/mm³ 赤沈 82mm/hr, Hb 11.5g/dl, CRP(±), RA(-), LE(-)
梅毒検査（ガラス板法陰性、凝集法陰性、TPHA陰性）ASO 80 T.U, ASK 160倍, ADNaseB 120倍

Al-P 6.2 K-AU, GOT 28 IU/l, GPT 8 IU/l, LDH 475IU/l LAP 208 G-RU, γ-GPT 23U/l, ZTT 19.2U, TTT 7.5U T.P 7.5g/dl, BUN 15mg/dl, CREA 8mg/dl, UA 9.2mg/dl

表2 免疫血清学的検査結果

IgG 2874mg/dl (正常値 800～1800mg/dl)
IgA 1092mg/dl (正常値 90～400mg/dl)
IgM 101mg/dl (正常値 60～250mg/dl)

T細胞百分率 53% (正常域66～89%)

B細胞百分率 12% (正常域 4～13%)

IgG-FCRT cell 21% (正常域 2～23%)

リンパ球幼若化検査(Phytohaemagglutinin:PHA)
10641cpm (正常域37700～62400)

リンパ球幼若化検査(Concanavalin-A:Con-A)

1661cpm (正常域24300~58200)

Control 25cpm (正常域120~1020)

Helper/Inducer T cell

OKT4 5.4% (正常30~45%)

Suppressor/Cytotoxic T cell

OKT8 26.7% (正常25~35%)

E-Resette Receptor (T)

OKT11 49.7% (正常70~85%)

Pan(Peripheral) B

OKB7 8.9% (正常 5~15%)

Human T-Lymphotropic Virus

Type III 抗体価(IFA) 320倍

ツベルクリン反応：陰性

患者は軽い下痢状態がつづいていることを訴えた。

臨床検査成績：表1、表2のごとくで白血球数の減少、赤沈の亢進、IgG、IgAの上昇、T₄リンパ球の減少、OKT₄/OKT₈の比の逆転、ツベルクリン反応陰性、Human T-Lymphotropic Virus Type IIIの抗体価の上昇などが著明な陽性所見である。

口蓋扁桃の細菌培養検査では *Torulopsis glabrata* という真菌と *Serratia marcescens* を検出した。

胸部レントゲン検査：カリニ肺炎などの異常所見を認めず(図3)。

図3 AIDS患者の胸部X線 カリニ肺炎を認めず



考 察

AIDSはHuman Immunodeficiency Virusに感染している状態のうち、細菌性免疫能が極度に低下し、特徴的な2次の疾患を合併した病態とされている。

AIDSはHuman Immunodeficiency Virusの抗体価が陽性なだけの無症候キャリア、白血球数減少、免疫グロブリン値の異常、T₄リンパ球減少、1ヶ月以上つづく下痢、発熱などの臨床症状を有するAIDS Related Complex(ARC)およびカリニ肺炎など日和見感染、カポジ肉腫を有する真性AIDSから成っている。真性AIDSは図4のごとく氷山の一角にすぎない。⁽³⁾

本例はカリニ肺炎やカポジ肉腫はまだ発症していない。米国では日和見感染症としてカリニ肺炎が最多で63%を占めるが、わが国では33.3%と低い。またカポジ肉腫はわが国では1例も認められていない。⁽⁴⁾

しかし、自験例は病歴で肋間部にヘルペス感染があり、咽頭の細菌検査は *Torulopsis glabrata* という真菌と、*Serratia marcescens* を検出し、免疫状態が低下した人にみられる日和見感染の状態である。*T. glabrata* は腫カンジダ症患者から主に検出されるが、その他に亀頭冠状溝からも検出される。⁽⁶⁾

表3 AIDS免疫学的検査所見

	AIDS患者	正常対照
I. AIDSに特徴的な異常		
1. 総リンパ球数	<1,000/mm ³	1,500/mm ³
2. Tリンパ球数	<1,000/mm ³	1,200/mm ³
ヘルパー/インデューサー-Tリンパ球(OKT4, Leu3a)	<400/mm ³	800/mm ³
ヘルパー/サプレッサー比(OKT4/OKT8)	<1.0	>1.0
3. 遅延型皮内反応(ツ反応等)	陰性	陽性
4. 免疫グロブリン値		
IgG	2,000mg/dl	1,200mg/dl
IgA	350mg/dl	240mg/dl
II. AIDSにしばしば認められる異常		
1. <i>in vitro</i> におけるリンパ球幼若化反応		
PHA	<20,000cpm	25,000cpm
PWM	<55,000cpm	8,000cpm
2. ナチュラルキラー細胞活性	<20%	40%溶血
3. 免疫複合体		
C ₁ q法	>3.0	<1.5
III. その他報告されている異常		
1. α-インターフェロン	増加	
2. 抗リンパ球抗体	陽性	
3. β ₂ -ミクログロブリン	増加	
4. α-1サイモシン	増加	
5. サイミュリン	減少	

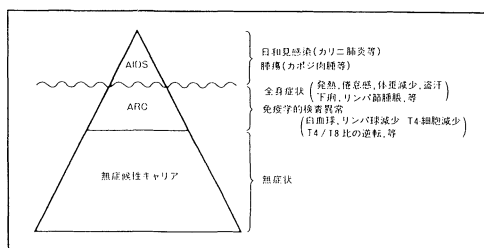
(3)より引用

AIDS 診断のための免疫学的な検査項目は表3のごとくである。本例はTリンパ球が53と減少、Helper T細胞OKT₄が5.4%と減少Helper TcellとSuppressor Tcellの比、すなわちOKT₄/OKT₈は正常者が1.0以上であるが、本例は0.2と逆転している。また免疫グロブリンのIgG、IgAの値が著明に上昇、抗HIV 320倍と上昇しており、AIDS としての条件を満たしている。

著者が本例をAIDSと診断にいたるまでの経過を述べてみたい。初診時に口蓋扁桃に浅い潰瘍性病変と汚ない偽膜が付着、さらにカンジダ感染を思わず黒毛舌を認めた。日常みられない病変であり、しかも1ヶ月間も症状が改善しない点も異常であった。“変だ”と思って局所をながめていると、以前に当院の婦人科教授と雑談したときに“最近は性病の人が多。扁桃や咽頭に潰瘍性病変をみたら性病を疑って検査してみたら”という助言が急にうかんできた。そこで患者に口中性交(oral sex)の有無を問診したところ、同性愛者であることが判明した。

初診時は、まだ梅毒や淋菌など性病を強く疑っていた。1週間後に受診したとき白血球数の著明な減少、赤沈亢進、IgA、IgMの上昇および扁桃の細菌検査で真菌とSerratiaを検出した。一方、淋菌は検出されず、ガラス板法、凝集法、TPHA が陰性で、淋菌と梅毒は否定された。

図4 AIDS, ARCおよび無症候性キャリア(CDC分類)

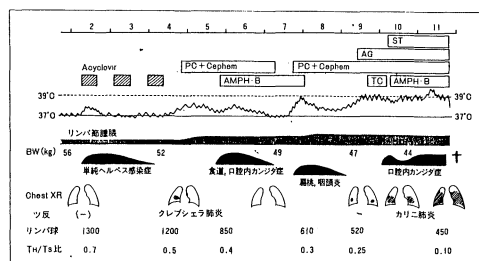


(3)より引用

血液検査、細菌検査での日和見感染の所見などにもとづき AIDS かも知れないと考え、順天堂大学膠原病内科松本孝夫講師(厚生省AIDS 委員)に診断のための助言を仰いだ。助言にもとづき、HIV 抗体価、免疫血清学的検査、ツベルクリン検査、胸部レントゲン検査を実施し、AIDS であることが判明した。

米国における AIDS 典型症例の経過を図5に示した。著者らの症例と同じようにカリニ肺炎やカポジ肉腫の合併はなく、口腔内カン

図5 口腔内カンジダ症, カリニ肺炎を発生した男性同性愛者の1例(米国におけるAIDS典型例をもとに構成)



(3)より引用

ジダ症や扁桃炎、頸部リンパ筋腫脹だけの病期もありうる。こういう病期だと患者はAIDSであることを全く知らずに、あるいはAIDSであることを知っていても隠して咽頭痛を主訴に耳鼻科医を受診してくる可能性がある。

AIDSは主に内科医が扱う疾患で耳鼻科医は病期がかなり進行してから、内科医から咽頭所見についての相談をうけるだけのことが多いと思われるが、著者らが経験したようなことが今後もおこりうるので日常診療でAIDSに対する十分な注意が必要と考える。

患者にAIDSであることを告知したが、このときは、他の外来患者を外に出したうえで話をした。患者は米国でホモの友人がすでに5人死亡しており、自分も昔から粘膜が弱かったのでAIDSかもしれないと思っていた。幸い独身であり、母や姉などへは絶対に報告し

ないで欲しい由の希望を述べ、AIDS と判明直後に再び米国へ出発した。6ヶ月後の帰国の際にはいろんな病院を受診せず、当科受診を強くすすめた。

性病による病変は性病患者の性器と接触した粘膜部位に生ずる。AIDS の騒ぎにより鎮静化しつつあるとはいえ、最近の性の乱れは著しく、梅毒のみならず淋病、クラミジア感染、ヘルペス感染などが家庭の主婦や未婚の低年齢者まで広がっている。口唇、咽頭あるいは扁桃に潰瘍が生ずる病変は梅毒などが教科書に記載されているが、日常の診療ではあまり注意を払われていない。たとえば陰部下疳 (Extragenital chancre) は潰瘍化しやすく、感染様式は口中性交が最も多く、好発部位は各国ともに口唇>扁桃>舌である⁸⁾。このような部位に潰瘍性病変を認めた場合、素手で触診するような冒険は避け、採血も十分な注意を払うべきである。本例は初診時の採血からSTD患者扱いとし、再診時の採血は院内にAIDSの心配が広がるのを予防するため中央採血室ではなく、耳鼻科にて医師が採血、検体は直接技師長に届ける配慮をおこなった。

ま と め

咽頭痛を主訴に耳鼻科医を受診した患者が扁桃の潰瘍性病変の存在から性病が疑われ、種々の検査の結果AIDSであることが判明した症例を報告した。

文 献

1. Centers for Disease Control: Pneumocystis pneumonia Losangeles, MMWR, 30 : 250~352, 1981.
2. Centers for Disease Control: Kaposi sarcoma and pneumocystis pneumonia among homosexual men. New York and California, MMWR, 25 : 305~308, 1981.
3. 松本孝夫、高橋浩文：図説AIDS その現状と対策。ライフサイエンス、東京、1987
4. 塩川優一：日本におけるAIDS, 日本

臨床44 : 2154~2160, 1986.

5. 上田 泰：前-AIDS の臨床-AC, PGL 及びARC- .日本臨床、44 : 2161~2163, 1986.
6. 高田道夫、久保田武美：外陰・膣カンジダ症・膣トリコモナス症. 今村貞夫・小川秀興編. 皮膚科Mook. PP.163~171. 金原出版、東京、1986.
7. 熊本悦明：Sexually transmitted disease (STD). 臨床科学 22 : 284~291, 1986.
8. 占部治邦、真崎治行：陰部下疳, PP68~73, 今村貞夫、小川秀興編、皮膚科Mook STD (性行為感染症) . 金原出版 1986.

稿を終るにあたり、AIDS 診断のために御指導いただきました順天堂大膠原病内科松本孝夫講師、貴重な助言をいただいた順天堂浦安病院婦人科高田道夫教授に深謝いたします。

なお、本例は千葉県に報告し、真性AIDSと認定されている。

質 疑 応 答

質問 馬場駿吉（名市大）

AIDS患者を診断した場合、届出などの
処理はどうされたか。

応答 杉田麟也（順大浦安）

千葉県の公衆衛生課へ報告しました。