

『産婦人科感染症マニュアル』第2刷発行に伴う修正点について

『産婦人科感染症マニュアル』（一般社団法人日本産婦人科感染症学会 編）の第2刷発行にあたり、第1刷（2018年2月20日発行）から内容を下記のとおり加筆・変更いたしましたので、お知らせいたします。

2018年12月28日

金原出版株式会社

記

該当箇所	変更点
p56-57 女性生殖器のマイクロバイオーーム（常在菌叢） ■おわりに の前	<p>下記を追加</p> <p>■子宮内膜のマイクロバイオーーム</p> <p>近年、子宮内膜のマイクロバイオーームの偏倚が不妊不育に関与するのではないかという研究がある。<i>Lactobacillus</i> 属の減少と、BV に関与する嫌気性菌の増加が IVF 反復不成功例に多いとするものであるが、これが原因か共通する病態の結果かは明らかではない^{14, 15)}。</p> <p>子宮内膜フローラ採取における腔常在菌のコンタミネーションは避けられず、また一部の検査業者が宣伝する子宮内フローラ検査の有用性の根拠も確立していない。抗菌薬によるフローラ矯正は困難であり、むしろ耐性菌を誘導するリスクが高く、ラクトフェリン内服の効果も明らかではない。したがって生検によって明らかな慢性子宮内膜炎が診断されない場合、子宮内フローラ改善を目的とする抗菌薬の投与は推奨されない。</p> <p>上記に伴い、p58 に文献を追加</p> <p>14) Moreno I, Franasiak JM. Endometrial microbiota-new player in town. <i>Fertil Steril.</i> 2017 Jul ; 108(1) : 32-39.</p> <p>15) Baker JM, Chase DM, Herbst-Kralovetz MM. Uterine Microbiota : Residents, Tourists, or Invaders ? <i>Front Immunol.</i> 2018 Mar 2 ; 9 : 208.</p>

<p>p74 2-A-2 バルトリン腺炎 処方例 2 行目 (推奨薬 3 種のうちのひとつ)</p>	<p>下記の薬剤を推奨薬から削除 セフカペン・ピボキシル 100 mg, 1 日 3 回, 7 日間</p> <p>上記に伴い, p73 下から 3-1 行目 「セフェム系」を削除 起因菌同定までに日数を要するときは一般的な原因菌に広く適合するような広域の抗菌薬 (合成ペニシリン, セフェム系, ニューキノロン系) を投与する。</p>
<p>p87 2-A-5 子宮内膜炎・子宮筋層炎・子宮傍結合組織炎 5 行目</p>	<p>「・起炎菌は～」以降の 7 行は「子宮傍結合組織炎」のみではなく全体にかかわる内容のため下記の見出しを追加 ■起炎菌</p>
<p>p91 2-A-5 子宮内膜炎・子宮筋層炎・子宮傍結合組織炎 経口での治療薬 (産婦人科診療ガイドライン 婦人科外来編 2017) (推奨薬 6 種のうちのひとつ)</p>	<p>下記の薬剤を推奨薬から削除 セフェム系 セフカペン・ピボキシル (フロモックス®) 1 回 100 mg, 1 日 3 回, 5~7 日間</p> <p>上記に伴い, p90 下から 8 行目 「セフェム系」を削除 ・軽症, 中等症では, セフェム系やペニシリン系 (β-ラクタマーゼ阻害薬配合), ニューキノロン系の投与を考慮する。</p>
<p>p144 2-B-2 梅毒 図 3 のタイトルと図説</p>	<p>下記の誤りを訂正 (下線部→赤字)</p> <p>【誤】 図 3 梅毒の 1 期疹と 2 期疹 (梅毒性丘疹, 梅毒性乾癬, バラ疹) a: <u>梅毒性丘疹</u>, b: 梅毒性乾癬, c: <u>梅毒性丘疹</u> d: <u>バラ疹</u></p> <p>【正】 図 3 梅毒の 1 期疹と 2 期疹 (外陰部初期硬結, 梅毒性乾癬, バラ疹) a: 外陰部初期硬結, b: 梅毒性乾癬, c, d: バラ疹</p>
<p>p151 2-B-2 梅毒 本文末尾</p>	<p>下記を追加 ※なお日本感染症学会の「梅毒診療ガイド」も出ているので参照されたい</p>

<p>p171 2-B-6 性器ヘルペス 11 行目</p>	<p>下記のように変更</p> <p>【変更前】 病変が左右に出現することが多い（図 7-①, 7-②）。</p> <p>【変更後】 病変が左右両側に出現するといわれているが、このような典型例はむしろ少なく、片側性や潰瘍の数も 5～10 個以下のものも多い（図 7-①, 7-②）。</p>
<p>p230 2-C-1 トキソプラズマ 図 1 妊婦のトキソプラズマ抗体スクリーニング法</p>	<p>スピラマイシン錠の発売（2018 年 9 月）・保険収載に伴い、フローチャート内の薬剤を下記のように変更（2 か所）</p> <p>（中央左）</p> <p>【変更前】 アセチルスピラマイシン 1.2～2.0g 分 4/日投与開始</p> <p>【変更後】 スピラマイシン 900 万単位（6 錠）分 3/日投与開始</p> <p>（左下）</p> <p>【変更前】 ①アセチルスピラマイシン 1.2～2.0g 分 4/日 連日投与</p> <p>【変更後】 ①スピラマイシン 900 万単位（6 錠）分 3/日投与</p>
<p>p234 2-C-1 トキソプラズマ 「3. 治療法」2～7 行目</p>	<p>スピラマイシン錠の発売（2018 年 9 月）・保険収載に伴い、下記のように変更</p> <p>【変更前】</p> <p>・欧米で使用されているスピラマイシンとアセチルスピラマイシンはそれぞれ別な薬剤である。妊婦のトキソプラズマ治療薬を表 3 に示す。妊娠中の初感染のリスクが低いと考えられる症例には、休薬期間を入れてアセチルスピラマイシンやアジスロマイシンを投与してもよいが、初感染リスクが高い症例では連続して分娩まで投与する。</p> <p>【変更後】</p> <p>・2018 年 9 月に先天性トキソプラズマ症の発症抑制を効能効果とし、保険収載されたスピラマイシンが本邦で発売された。それまでは抗トキソプラズマ原虫剤として保険収載された薬剤はなく、やむを得ずアセチルスピラマイシンを使用していたが、今後は保険収載されたスピラマイシンを使用する。妊婦のトキソプラズマ治療薬を表 3 に示す。</p>

p234 2-C-1 トキソプラズマ
「3. 治療法」
表3 トキソプラズマ治療薬と投与法

スピラマイシン錠の発売（2018年9月）・保険収載に伴い、下記の表に変更（変更前は割愛）

【変更後】

治療薬 ^o	投与法 ^o
スピラマイシン錠 150万単位 ^o	900万単位（6錠）分3 ^o
スルファジアジン 500mg 錠 ^o および ^o	初めの2日間 150mg/kg/日分2（最大4g/日） ^o 3日目以降 100mg/kg/日分2（最大4g/日） ^o
ピリメタミン 25mg 錠 ^o および ^o	初めの2日間 100mg 分2, 3日目以降 50mg 分1 ^o ^o
ロイコボリン 5mg 錠 ^o	15mg 分3 ^o

スピラマイシンが投与できない場合、保険適用外であることの説明と同意を得てアセチルスピラマイシン（1,200～2,000mg 分4, 連日）を使用する。^o
スルファジアジンとピリメタミンは日本医療研究開発機構 新興・再興感染症に対する革新的医薬品等開発推進研究事業「わが国における熱帯病・寄生虫症の最適な診断治療体制の構築」(国立国際医療研究センター：03-3202-7181「熱帯病担当者」)に連絡し、入手する。^o

p234 2-C-1 トキソプラズマ
「3. 治療法」10-13行目

下記の誤りを訂正（下線部→赤字）

【誤】 副作用として、ピリメタミンはスティーブンス・ジョンソン症候群、スルファジアジンは尿路結石、不整脈の出現に厳重に注意する。

【正】 副作用として、ピリメタミンはスティーブンス・ジョンソン症候群、**不整脈**、スルファジアジンは尿路結石の出現に厳重に注意する。

<p>p238 2-C-2 サイトメガロウイルス</p> <p>図 5 サイトメガロウイルスの母子感染と出生児の後遺症リスク</p>	<p>左上「妊婦の抗体あり（70%）」から先のフローチャートを変更（下線部→赤字）</p> <p>【変更前】 胎児感染（0.2～2%）→無症候性が多い 稀に後遺症</p> <p>【変更後】 胎児感染（0.5～1%）→？%症候性 ？%後遺症</p> <p>上記に伴い、p238，2-3行目も変更（下線部→赤字）</p> <p>【変更前】・妊娠前から CMV IgG 陽性（既往／持続感染）の妊婦の <u>0.2～2%</u>が、ウイルス再感染や再活性化によって先天性感染を引き起こす。</p> <p>【変更後】・妊娠前から CMV IgG 陽性（既往／持続感染）の妊婦の <u>0.5～1%</u>が、ウイルス再感染や再活性化によって先天性感染を引き起こす。</p>
<p>p239 2-C-2 サイトメガロウイルス</p> <p>図 6 サイトメガロウイルスの妊婦スクリーニング法</p>	<p>フローチャート最下部を下記のように変更</p> <p>【変更前】 新生児精査：尿 CMV 陽性児は、ABR，<u>眼底検査</u>，CT，フォローアップ，抗ウイルス薬治療</p> <p>【変更後】 新生児精査：尿 CMV 陽性児は、ABR，<u>頭部画像・眼底検査</u>，フォローアップ，抗ウイルス薬治療</p>
<p>p241 2-C-2 サイトメガロウイルス</p> <p>「4. 先天性感染児の診断」 1-2行目</p>	<p>等温核酸増幅法による「サイトメガロウイルス核酸検出（尿）」が保険収載されたことに伴い、下記のように変更</p> <p>【変更前】・先天性 CMV 感染の確定診断は、出生直後の新生児の尿や血液から PCR 検査で CMV を検出することで行う。</p> <p>【変更後】・先天性 CMV 感染の確定診断は、出生直後の新生児の尿から等温核酸増幅法（Smart Amp 法）で CMV を検出（保険適用あり）することで行う。</p>

p243 2-C-2 サイトメガロウイルス
最下段

下記を追加

・米国の Kimberlin らは、症候性先天性 CMV 感染症に対する 6 カ月間と 6 週間の VGCV 治療のランダム化比較試験を行い、6 カ月間治療の方が聴覚と神経学的予後をより改善すると 2015 年に報告した。それ以降、米国小児科学会 Red Book 2015 では、VGCV の 6 カ月間治療が推奨されている。

p253 2-C-4 風疹
表 7 各地区ブロック相談窓口
(二次施設)

下記の最新情報に変更（変更前は割愛

表 7 ● 各地区ブロック相談窓口（二次施設）

地区	相談窓口（二次施設）
北海道	北海道大学病院 産科
東北	東北公済病院 産科・母子センター 宮城県立こども病院 産科
関東	青山会 ミューズレディスクリニック 帝京大学医学部附属溝口病院 産婦人科 横浜市立大学附属病院 産婦人科 国立成育医療研究センター 周産期・母性診療センター 杏林大学医学部付属病院 産科婦人科 国立病院機構横浜医療センター 産婦人科 神奈川県立こども医療センター 産婦人科
東海	名古屋市立大学病院 産科婦人科
北陸	石川県立中央病院 産婦人科
近畿	国立循環器病研究センター 周産期・婦人科部 大阪母子医療センター 産科
中国	川崎医科大学附属病院 産婦人科
四国	国立病院機構四国こどもとおとなの医療センター 産科
九州	宮崎大学医学部附属病院 産科・婦人科 九州大学病院 総合周産期母子医療センター

2018 年 1 月 22 日現在