



「前思春期女児の性器における淋菌感染症を非性的感染であるとする文献の臨床的検証」について

(小児感染免疫 37 (1) : 43-52, 2025)

2025年37巻1号に掲載の“前思春期女児の性器における淋菌感染症を非性的感染であるとする文献の臨床的検証”に興味深く拝読しました。淋菌(*Neisseria gonorrhoeae*)が検出された前思春期の女児は、性虐待を念頭に対応が必要である主張には同意いたします。

微生物検査の異なった視点から補足意見を述べさせていただきます。細菌検査の淋菌という同定結果が真に正しいかどうかの問題があります。臨床検査は、問診や診察で事前確率が十分に高い状況で行われると、得られる結果の信頼性も増します。一方で、小児の性虐待という成人の性交渉よりもはるかに稀な事前確率の低い状況で、淋菌という同定結果を解釈しないといけません。淋菌が分類される *Neisseria* 属には、髄膜炎菌 (*Neisseria meningitidis*)、多数の常在菌叢の *Neisseria* 属菌があります。微生物検査では、グラム染色や生化学検査、核酸増幅法、質量分析法で行われますが、淋菌と他の *Neisseria* 属菌の分別能には、限界が指摘されています。新生児結膜炎で淋菌と生化学的検査で誤同定されたが、のちに質量分析法で *Neisseria cinerea* と同定された報告があります¹⁾。核酸増幅検査でも *N. cinerea*, *Neisseria lactamica*, *Neisseria sicca*, *Neisseria flavescens*, *Neisseria subflava* などで淋菌と誤同定されることも知られています²⁾。近年、全ゲノム解析で *Neisseria* 属菌の誤同定を避ける報告もされています³⁾。現在の日本の細菌検査の実情では、細菌検査は外部委託していることも多く、菌株が破棄されていると再検も困難です。院内の細菌検査でも、設備や予算でさまざまな同定方法が用いられています。小児患者から淋菌が同定された場合、まずは菌株保存を依頼すること、同定方法を確認した上で小児感染症の専門家や保健所に相談して、淋菌かどうかの確定検査が必要かを検討するのが望ましいと考えます。淋菌でなかった場合、性虐待は鑑別に挙がらず、常在細菌叢を検出しただけで、不必要な社会的な介入を避けることができます。

文 献

- 1) Fiorito TM, et al : Neonatal Conjunctivitis Caused by *Neisseria cinerea*: A Case of Mistaken Identity. J Pediatric Infect Dis Soc 8 : 478-480, 2019
- 2) Tabrizi SN, et al : Evaluation of six commercial nucleic acid amplification tests for detection of *Neisseria gonorrhoeae* and other *Neisseria* species. J Clin Microbiol 49 : 3610-3615, 2011
- 3) Smith AC, et al : Whole-genome sequencing resolves biochemical misidentification of *Neisseria* species from urogenital specimens. J Clin Microbiol 62 : e0070424, 2024

堀越裕歩

(東京都立小児総合医療センター 小児感染症センター)

著者からの回答

ご教示くださりましたとおり、「小児患者から淋菌が同定された場合、まずは菌株保存をかけること」は非常に重要と存じます。また、「小児感染症の専門家や保健所に相談して、淋菌かどうかの確定検査が必要かを検討する」ことも大切です。

その上で、筆者といたしましては、主治医は患児の臨床症状を診ているわけですから、臨床診断と明らかに矛盾する検査結果が出た場合、速やかに再検査を実施することが重要と考えます。

さらに、ご意見の論点とは異なりますが、前思春期女兒の淋菌感染が確定した場合は、必要に応じて症例ごとに、以下のような聞き取りと検査を実施することが望まれます。

1. 淋菌に感染した子どもについて、淋菌の核酸増幅法 (NAAT)・培養・遺伝子タイピングを実施する。その際、再検査の必要に備えて菌株を保存する。
2. 淋菌感染症状のある部位だけでなく、口腔うがい液の TMA (Transcription Mediated Amplification) 検査 (NAAT の 1 種) と培養、肛門ぬぐい綿棒の PCR 検査 (一般的な NAAT) と培養も併せて実施する。当然のことながら、淋菌性結膜炎に罹患した子どもについては、性器・口腔うがい液・肛門管の淋菌 NAAT 検査と培養も併せて実施する。その際、後に必要になる可能性のある遺伝子タイピングに備えて菌株を保存する。
3. 家族全員の淋菌検査を NAAT と培養で実施する。その際、後に必要になる可能性のある遺伝子タイピングに備えて菌株を保存する。
4. 淋菌陽性の家族全員について淋菌の遺伝子タイピングを実施し、子どもの淋菌と比較することで感染経路を検討する。
5. 淋菌陽性の子ども (患児および淋菌陽性の同胞) のうち、発達年齢が 2 歳 8 か月以上の子どもには司法面接を提供する。その際、子どもが語った感染機序の妥当性と信用性を評価するために、観察室には子ども虐待ないしは小児感染症を専門とする小児科医が同席する。
6. 子どもから非性的感染の機序が語られた場合、その妥当性と信用性について慎重に評価する。
7. 司法面接終了後、発達年齢が 2 歳 8 か月未満の子どもも含めて、淋菌陽性の子ども (患児および淋菌陽性の同胞) に系統的全身診察を提供する。
8. 子どもの養育者全員について、一人ひとりから養育状況を詳細に聞き取る。特に、水系感染、母子感染、媒体を介した感染など、非性的感染の可能性が語られた場合は、その妥当性と信用性を慎重に評価する。

山田不二子

(認定 NPO 法人チャイルドファーストジャパン)