

## 第18回日本エイズ学会シンポジウム記録

## 歯科医療における HIV/AIDS

内藤 克美<sup>1)</sup>, 池田 正一<sup>2)</sup>, 小森 康雄<sup>3)</sup>, 連 利 隆<sup>4)</sup><sup>1)</sup> 県西部浜松医療センター歯科口腔外科<sup>2)</sup> 神奈川県立こども医療センター歯科<sup>3)</sup> 東京医科大学口腔外科<sup>4)</sup> 大阪市立総合医療センター口腔外科

日本エイズ学会誌 7 : 99-102, 2005

## はじめに

最近の HIV 感染者, AIDS 患者に対する治療法の進歩により, 感染者, 患者は以前のように急激な転帰をむかえることなく, いわゆる慢性感染症として日常生活をおくる機会が増えている。これに伴い感染者, 患者は様々な歯科の問題を抱え歯科医療機関を受診する機会が増えてきている。今回のシンポジウムは, 歯科医療従事者にとって HIV/AIDS に対する知識を再確認し, 最新の情報につき知る機会とすることを目的とした。

シンポジスト 1 池田正一

## HIV/AIDS 歯科診療における院内感染予防

## —米国疾病管理予防センター・歯科臨床における感染予防ガイドライン 2003 を中心に—

1981 年エイズ発生時, 口腔症状が注目を集めた。また 1983 年エイズがウイルス感染症であると判明。従来より B 型肝炎と歯科治療での感染が知られており, エイズと歯科診療も危険な関係にあると早くから注目を集めていた。そこで CDC は 1993 年 Recommended Infection Control Practices for Dentistry と題する 13 ページにわたる冊子を発刊した。それから 10 年目にあたる 2003 年 12 月に, その改訂版である Guidelines for Infection Control in Dental Health Care Settings—2003 を発表した。その理由として新しく技術的な革新があったこと。できるだけ科学的データに基づいた予防対策を立てる必要性。新しい感染性疾患が次々と出現していること。歯科だけでなく医科に関するガイドラインも次々と発表され, そこから共通のものを取り込んだこと。また今まで協議されなかったものも検討され取り込まれている。など 66 ページに及んでいる。

今回の CDC のガイドラインは, 感染症の予防と対策お

よび歯科臨床における院内感染予防に関し, 懸念される個人の健康と安全にどのように対処するかについて一本化したものである。その内容は 1) 歯科における院内感染予防に関し, CDC から出された前回の提言を更新, 改定したものである。2) 他の医療に関する CDC ガイドラインから感染対策に関係のある事項を取り込んでいる。3) 前回の提言では取り扱われなかった歯科に関する懸念についても討議している。その更新および追加主題は次のとおりである。

1. ユニバーサルプリコーションよりスタンダードプリコーションの適用。
2. 感染症に感染した, あるいは職業上感染暴露した医療従事者に対する職業上の制限。
3. HBV, HCV, HIV など血液媒介病原体に職業上感染暴露した場合の管理。
4. 鋭利なものによる損傷を防ぐように設計された器具の選択と使用。
5. 手の衛生製品および外科処置時の手指消毒法。
6. 接触皮膚炎とラテックス過敏症。
7. 包装できない器具の滅菌。
8. 歯科用水質への懸念 (例, 歯科用ユニットの給水管のバイオフィルム, 患者治療用に生物学的に許容可能な水質の水を供給, 空ぶかしの有効利用, 口腔外科処置では滅菌水を使用する, 地域社会の煮沸水使用勧告の扱い)。
9. 歯科 X 線撮影に関する手順。
10. 患者の非経口薬物 (注射) に関する滅菌操作。
11. 患者の治療前の洗口。
12. 口腔外科処置。
13. レーザーの煙柱と電気メスの煙。
14. 結核。
15. クロイツフェルト・ヤコブ病と他のプリオン関連疾患。
16. 感染対策プログラムの評価。
17. 今後の研究事項。

以上であるが実際にこのガイドラインをそのまま使用できるとは限らない。それはその国の技術レベル, 人材, 経済状況などが違うからである。しかし院内感染予防に関する原則は変わらないはずである。今回は院内感染予防に関し, 主なテーマ, 科学的根拠, 前回に追加, 改善されたものについて述べた。

著者連絡先: 内藤克美 (〒432-8580 静岡県浜松市富塚町 328  
県西部浜松医療センター歯科口腔外科)  
Fax: 053-452-9217

2005 年 4 月 23 日受付

## シンポジスト 2 小森康雄

## HIV 感染者/AIDS 患者の口腔症状

## &lt;目的&gt;

HIV 感染患者は年々増加傾向が見られ、その伸び率は顕著である。またわが国の感染者の 30% は既に発症して発見され、これはすなわち、発症までの数年間から 10 数年の長期間にわたって本人に HIV 感染の自覚がないことを示している。これらの患者がその期間中、歯科・口腔外科を受診する可能性は極めて高く、実際口腔症状から HIV 感染が判明した報告も相次いでいる。

そこで今回、過去 15 年間に当科を受診した HIV 感染者/AIDS 患者の口腔症状を臨床的に観察するとともに、HIV 関連マーカーとして最も重要な CD4 数との関係にも注目して検討を加えたので報告する。また当科初診時に HIV 感染が判明しておらず後日感染を知るにいたった 9 症例についても感染判明の契機等について検討を行った。

## &lt;対象および方法&gt;

対象は 1987 年から 2002 年までの 15 年間に東京医科大学病院口腔外科を受診した HIV 感染者/AIDS 患者 200 例とした。当科への受診理由は、歯科治療目的が 98 例、口腔症状に対する治療依頼が 47 例、口腔症状精査依頼 29 例、定期的口腔診査 26 例であった。CD4 数は、原則として口腔症状の観察から 1 カ月以内の時点の検査値とした。これらの HIV 関連口腔症状は、1992 年ロンドンでの EC クリアリングハウスで定められた HIV 関連口腔症状の分類に従った。

## &lt;結果&gt;

200 例中、HIV 感染症に関連すると思われる口腔症状は 133 例 (66.5%) にみられた。

最も多く発現した口腔症状はカンジダ症で 93 例 (47%) にみられ次に多かった口腔症状は口腔乾燥症で 43 例 (22%) にみられ、ついで再発性アフタ 32 例 (16%)、口腔毛様白板症 23 例 (12%) の順に発生していた。それ以外では、血小板が減少し口腔に何らかの出血症状を示したもの、すなわち血小板減少症 10 例 (5%)、カボジ肉腫 9 例 (4.5%)、単純性ヘルペス 8 例 (4%)、メラニン過剰沈着、歯肉帯状紅斑が各 6 例、壊死性潰瘍性歯肉炎、唾液腺腫脹が各 5 例、不定形潰瘍、帯状疱疹また顔面神経麻痺などの神経障害が各 3 例であった。

下記の口腔症状が出現した患者の CD4 数 (平均値: 単位は  $\mu\text{l}$ , 以下省略) は、カンジダ症 127.4, 口腔乾燥症 181, RAS180, OHL84, 血小板減少症 142.1, カボジ肉腫 118 であった。

次に、1 人の患者が有する口腔症状数とその症例数は、症状を有する 133 例中 1 症状のみは 72 例 (36%)、2 症状は 36 例 (18%)、3 症状は 12 例 (6%)、4 症状は 10 例 (5%)

で、5 症状以上を有している症例が 3 例 (1.5%) 認められた。

この症状数と CD4 数の関係は、症状が認められなかった 67 例の CD4 数が 426.4 であるのに対し、症状数 1 は 227.2, 症状数 2 は 165.1, 症状数 3 は 85.6, 症状数 4 は 74.7 で、症状数が 5 以上は 15 と著しく低下し、症状数が増加するに伴って CD4 数は段階的に低下する傾向を示した。

以上のように、口腔症状の種類や数などを詳細に観察することにより、患者の免疫機能の状態も推測可能と思われた。

次に当科初診時に HIV 感染が判明していなかった 9 症例についても感染判明の契機等について検討を行った。

9 例の感染経路は男性同性間性的接触 6 例、異性間性的接触 2 例、不明 1 例であった。またこれらの患者の有していた他の感染症は梅毒が 3 例、淋病、B 型肝炎が各 1 例であった。

当科初診時の主訴は、歯痛 4 例、歯肉腫脹、舌疼痛各 2 例、口腔内白苔 1 例であった。当科における診断は HSV または類天疱瘡の疑い 1 例、カボジ肉腫 1 例、扁桃腺炎 1 例、根尖性歯周炎 1 例、口腔カンジダ症 2 例、智歯周囲炎 3 例であった。また、これら患者に感染が判明するまでに随伴した全身症状として SJS 2 例、発熱 1 例、顎下リンパ節腫脹 1 例、全身皮疹 1 例、帯状疱疹 2 例、咽頭痛 3 例で、皮膚症状が目立っていた。

判明までの期間は、受診中であった 3 例以外では、最短 2 カ月最長 14 年 7 カ月であった。判明時の CD4 数は最小  $4/\mu\text{l}$ , 最多  $777/\mu\text{l}$ , 平均  $220/\mu\text{l}$  であり不明も 1 例あった。

判明に至った契機では、発熱 5 例、口腔カンジダ症 3 例、本人が保健所で検査を受けたもの 2 例などであり、当科で診断し得たものは 3 例であった。この 3 例は ① 25 歳男性: 口腔カンジダ症により開業医より HIV 感染の疑いにより当科に紹介された。② 33 歳男性: 開業医より血液疾患の疑いにより紹介された症例で歯肉にカボジ肉腫がみられた。③ 23 歳男性: 左下 8 番の歯肉腫脹と扁桃腺炎により当科を受診した。生活歴から HIV 感染を疑いスクリーニング検査を行った。カットオフインデックス 0.9 でありウエスタンブロット法による確認検査では陰性であったが、ウイルスが検出され感染が確認された。このことから HIV 感染直後のウインドウペリオッドの期間に感染を確認しえた症例と思われた。

9 例のうち当科初診から 14 年 7 カ月、9 年 3 カ月後に判明した 2 例は CD4 数からの推定で初診時には感染していなかったと思われるが、他の 7 例はすでに感染していた可能性が強いと思われた。

今回の 9 症例ならびに当科における現在までの口腔症状の統計などから、口腔症状から HIV 感染症を疑う要因と

して、カボジ肉腫の存在、原因不明の口腔カンジダ症、難治性潰瘍などがあげられ、更に性病の保有、皮膚疾患の随伴、継続する全身症状（発熱、呼吸器症状、倦怠）などが存在すればより感染の疑いは強くなると思われた。またウインドウペリオッドの症例も念頭に置くべきと考えられた。HIV 感染症では症状出現までの期間も長く、本人も感染を認識していないことも多いことから、歯科口腔外科臨床においてもスタンダードプリコーションの順守は必須と思われた。

HIV 感染者に対する推奨される治療開始時期のガイドラインには、CD4 数にかかわらず症候性 HIV 感染者には HIV 治療を開始すべきであると述べられている。この症状には再発性粘膜カンジダ症と口腔白斑症(口腔毛様白板症)が含まれており、口腔症状の早期発見は治療開始時期の決定に重要な意義を有している。HAART 療法の普及により、日和見感染症は明らかに減少してはいるものの、AIDS 患者には依然として高頻度に口腔症状がみられる。口腔症状は HIV 感染症の早期に出現することからも、正しい理解と注意深い観察が必要と考えられた。

### シンポジスト 3 連 利隆

#### 拠点病院口腔外科における HIV 感染者/AIDS 患者の実態と口腔管理

我が国の HIV 感染者は未だ増加の一途を辿っており、厚生労働省エイズ動向委員会では 2010 年には少なく見積もっても 5 万人に達するであろうとしている。とくに 10~20 歳代の若者に今後爆発的な感染拡大も懸念されており、また、最近では近畿、とくに大阪を中心に西日本の増加が報告されている。HIV 感染症は治療法の進歩で慢性疾患となり、HIV 感染者/AIDS 患者は長期にわたりキャリアとして生存できるようになった。従って、HIV 感染者の QOL の向上と充実が求められる中で歯科受診の機会が確実に増加する。現在はエイズ拠点病院の歯科口腔外科、一部の大学歯学部と一部の歯科診療所で対応している。一方で、HIV 感染者の多くが感染を告げずに歯科を受診した経験をもっているのも現実であり、感染しても免疫機能が低下するまで長期間ほとんど症状が出現しない HIV 感染症の特徴から、既にその多くが自分の感染を知らずに歯科を受診していることは容易に推測できる。ところが今の歯科医療現場では逆に HIV 感染症に対する意識が薄れているようである。

(大阪市立総合医療センターの実態)

当院を受診した HIV 感染者/AIDS 患者数は、2004 年 8 月現在 190 名で、男性 163 名、女性 27 名で 20 歳代、30 歳代が圧倒的に多く、患者総数の 64.2% を占めている。AIDS 患者は 30 歳代~50 歳代に多く、約 10 年の潜伏期を反映し

ているものとする。なお、10 歳以下はすべて母子感染によるものであった。感染経路別では同性間性的接触が最も多く 108 名で、続いて異性間性的接触 41 名、両性間性的接触 11 名、血液製剤は 5 名、母子感染が 4 名、薬物乱用が 1 名で、これらは日本の統計と一致する傾向であった。そのうち口腔外科を受診した患者数は、190 名中 75 名で、男性 64 名、女性 11 名であった。当科受診の経緯は、HIV 感染症の治療の過程で歯科疾患や HIV 関連口腔症状がみられる場合や患者が口腔ケアを希望する場合に感染症センターから紹介されるものがほとんどで、その他患者同士の口コミや自分のパートナーを紹介して来ることもある。主な疾患は、う蝕、歯周炎、智歯周囲炎、口腔カンジダ、歯肉出血、舌炎、口唇ヘルペスで、う蝕と歯周炎が大半を占めていた。HIV 関連口腔病変としてはカンジダが最も多く、その他毛様白板症、壊死性歯肉炎、アフタ性口内炎、色素沈着、帯状疱疹、口腔乾燥、そして、皮膚のカボジ肉腫を経験している。また、口腔カンジダを契機に HIV 感染が判明し、妊娠 7 カ月の妻がやはり HIV に感染していたという症例も経験し、感染症センター、産科、新生児科、小児科のチーム医療により、抗ウイルス療法と選択的帝王切開により母子感染が回避された。次に、過去 10 年間に当科で行った抜歯を中心とする外来手術症例についてまとめると、観血的処置を施行した患者は 75 名中 36 名で、延べ 80 回であった。術後感染を来した症例はみられなかったが、3 症例で創の治癒遅延を経験した。3 症例とも好中球数は正常に保たれていたが、CD4 数がそれぞれ 78/ $\mu$ l、15/ $\mu$ l、62/ $\mu$ l と低値であったことが共通しており、その関連が示唆される。ウイルス量は 2 例が検出限界値以下、1 例は未測定であった。また、歯科診療所からの依頼で下顎埋伏智歯抜歯と上顎前歯の歯根嚢胞摘出術および歯根端切除術を施行した 2 症例で、1 例は抜歯から 1 か月半後にアメルバ赤痢で、また他の 1 例は 2 年後に上気道感染を契機に当院で HIV 感染症と診断された。いかに市中に HIV 感染が蔓延しているかを示している。

(HIV 感染者/AIDS 患者と口腔管理)

HIV 感染による口腔乾燥あるいは抗ウイルス薬の副作用による口腔乾燥はよく経験する口腔症状であり、これらは言うまでもなくう蝕や歯周炎の直接的原因となるため歯科的に重要な問題点である。また、HIV 感染者では歯肉炎や急速に進行する歯周炎が報告されているため、単にう蝕処置を行うだけでは不十分で、口腔ケアと息の長い継続的な歯科疾患の予防に力を注ぐことが重要で、歯科医師と共に訓練された歯科衛生士との連携が不可欠である。

HIV 感染者/AIDS 患者 HIV 感染者の歯科診療、口腔衛生指導を行う場合、まず HIV 感染症に対して正しい知識や認識を持つことである。その上で個々の患者の免疫機能、

そして病態ならびに全身状態を把握し、HIV 関連口腔病変の診査を十分行なう。抗ウイルス薬の副作用、あるいは歯科で使用する薬剤との相互作用にも配慮が必要である。さらに大切な点は、HIV 感染者は未だにみられる“エイズ”に対する社会一般の根強い差別的なマイナスイメージのため、転職、転居、離婚等の日常生活や人生そのものに大きい変化を余儀なくされる現実があり、患者の社会的立場、生活背景、精神面等を理解することである。とくに初診時は「この先生は HIV 感染症の自分をどう扱うのだろうか」という心配、あるいは偏見や差別に過敏になっていることがある。そのような気持ちを払拭するようにアプローチし、まず安心感を与えることが重要である。これらの作業が信頼関係の確立に不可欠で、我々は本格的な歯科治療や口腔衛生指導はその後に位置づけている。とくに口腔衛生指導は患者の生活習慣を改善することでもあるため、信頼関係の確立が口腔衛生指導のコンプライアンスや効果に大きく反映すると共に、長期にわたる口腔ケアに通院してくれるかどうかを左右する。女性でもある歯科衛生士はこういった面に大きい力を発揮できる立場にあると考えている。食生活の安定は HIV 感染症の消耗性症候群の発生を抑制する効果をもたらす、さらに長期の HAART を支え

る。従って、口腔環境を良好に維持するために我々は重要な役割を担っている。

(まとめ)

我が国が現状のまま HIV 感染の拡大を続けると、歯科医療の提供は拠点病院を中心とする一部の医療機関の努力ではとても追いつかないことは明らかである。また、HIV 感染症が治療法の進歩により慢性疾患になったことは社会復帰が容易になったことを意味し、歯科治療のために、仕事を休んで遠い病院まで通院することが困難な働きざかりの年齢層が圧倒的に多いという本疾患の特徴から、受け皿として歯科診療所を含めた歯科医療のシステム作りを急ぐ必要があることを提言する。

## 総 括

3名のシンポジストの方にはそれぞれ「感染予防」「口腔症状」「臨床における現状」について講演をいただいた。

歯科医療の現場においては未だ HIV/AIDS に対する偏見は強く、感染患者の歯科治療を受け入れている機関は限られている。全ての歯科医療従事者は最新の正確な情報、知識を得ることに努め、感染患者受け入れを拒否せず積極的に行えるよう努力することが大切であると考えます。