

## 【第41回セミナー 講演および症例提示に関するQ&A】

平成28年11月24日（木）沖縄開催

志馬 伸朗 先生

症例1の問3では、選択肢「CPFX+VCM+広域セフェム」が正解となっていますが、なぜ実際はMEPM+TEICの治療になったのか説明が欲しいです。

回答：実臨床では、なかなかFocusを絞り切ることができず、重症度から、MEPM+TEICとなったようです。

症例1の経過の中で脳炎・脳症に対してステロイドパルスが試行されていましたが、このタイミングのパルスの是非について教えてください。

回答：予後が改善するエビデンスはなく、不要と思います。

事例は脳ヘルニアを起こしていましたが、1日に2回もL-P (lumbar puncture ?) を試行する必要があったのでしょうか？また、初圧、終圧の情報がなかったので知りたかったです。

回答：来院時はCT撮影を行っており、脳浮腫や頭蓋内圧亢進を示唆する所見は認めませんでした。当初は脳ヘルには認めておらず、脳ヘルニアを引き起こしたのは、死亡前日の、入院してから5日目であり、原因は肝不全の進行と考えております。

髄液検査を再検したことに関しては、前医での髄液検査では、細胞数が軽度上昇しており、病初期の細菌性髄膜炎などの可能性も否定できないこと、また発熱、痙攣、持続する意識障害を認めていることから、髄膜炎の可能性は否定できず、当院でも髄液検査の再検する方針となりました。

当院再検時の初圧は15 cmH<sub>2</sub>O、終圧は9 cmH<sub>2</sub>Oでした。

現在、日本のsepsisの定義はsepsis-3の定義でよいのでしょうか？

回答：ドラフトの段階ですが、そうなる予定です。年明けに最終版が発表されます。

髄液細胞数が3でVCMを必要とする細菌感染症があるとすれば原因菌は何でしょうか？

回答：当院での髄液検査所見からも、細菌性髄膜炎は否定的でしたが、髄液検査が陰性も完全に細菌性髄膜炎が否定されるわけではないこと、CT所見からも脳膿瘍もしくは脳へのSeptic emboliも考慮されたため、TEICが投与されたようです。” 想定菌としては肺炎球菌や黄色ブドウ球菌です。髄液細胞数が3でVCMを必要とする細菌感染症(化膿性髄膜炎)”

は、ないというお答えが最も正確と思います。会場での質問では、肺炎球菌や黄色ブドウ球菌による髄膜炎を想定（あるいは否定できず経験的にカバーしようとする場合）にバンコマイシンの併用を考慮することを正解とはしていました。

## 山岸 由佳 先生／三嶋 廣繁 先生

事例提示では HD 患者にも関わらず、ABPC、MEPM は髄膜炎の通常投与量となっていたようですが、減量しないほうが良いのでしょうか、それとも腎機能の変動に応じて投与量は調節して良いのでしょうか？

回答：腎機能の程度も関係すると考えられ、かつ、臨床効果については明らかなエビデンスがあるわけではないので回答するのが難しいのですが、あくまでも感染症専門医個人の意見として回答させていただくことになることをお許しください。我々は、有害事象の発症を抑制するため、原則として腎機能に応じた投与設計を実施します。しかし、初回投与は、通常投与を選択することが多いのが現状です。

## 高田 徹 先生

FN の抗菌薬投与の場合、3～5 日間経過した後にフォローアップを行う必要があると思いますが、改善していても好中球 500 未満であれば抗菌薬は継続投与でよいのでしょうか？

回答：FN に対する抗菌薬治療といっても、基本は細菌感染症を併発していたことを想定した治療であることに変わりはありません。したがって 3～5 日経過した後に発熱が改善していても 7 日間以上の投与が基本となります。また、感染巣や原因菌が判明している場合には、非好中球減少例に準じ同様の治療期間となります。なお、それらの治療期間が終了して、好中球 500 未満が続く場合の抗菌薬終了の是非については case-by-case の要素もあり意見が割れるところですが、入院下で管理できる場合には、中止して注意深く観察することを推奨するガイドラインもあります。

## 青木 洋介 先生

ARC 症例において抗菌薬の投与量はどうすべきでしょうか？最大量を超えて使用することも考慮すべきでしょうか？

βラクタムは TDM ができませんが、ARC の場合には何を指標として dose up すべきでしょうか？

回答：糸球体濾過が ARC (augmented renal clearance) の状態にある場合、腎排泄型の薬剤の血中濃度は低下するので、一回投与量を増やす、および/あるいは投与回数を増やすことが必要です。安全性に配慮した上で最大量を超えて投与することが必要である場合もあるかも知れません。TDM ができないので投与 regimen を最適化する方法がありません。感染症の病態にもよりますが、βラクタム系であれば腎排泄型ではない CTRX を選択するのも代替案になると思います。親水性でない薬剤（キノロン、ST合剤など）を併用することも選択肢に含んで良いかも知れません。

予測 Ccr が明らかに大きい（ARC の状況下にある）場合、抗菌薬投与の対象としている特異的指標が改善することを確認するほうが治療効果のより確実な推定に繋がると思います：血液培養の陰性化、喀痰あるいは尿のグラム染色所見の改善、あるいは培養陰性化等。これらの改善がない場合は ARC の影響を受けた suboptimal treatment の可能性がありますので、投与 regimen の変更や薬剤の変更を行うことを考慮すべきではないでしょうか。