

【第 42 回セミナー 講演および症例提示に関する Q&A】

平成 29 年 4 月 6 日（木）京王プラザホテル開催

大曲先生：

スライド 5 枚目、アメリカ、カナダ、オーストラリアでの状況はどうか、教えて頂ければ幸いです。

回答：CDDEP の報告（2015）が参考になります。これは IMS のデータの集計です。ECDC のサーベイランスとは単位が異なりますので、これとの直接の比較は出来ません。

http://cddep.org/publications/state_worlds_antibiotics_2015#sthash.APr15QGb.bs

1. 米国：ヨーロッパ使用量と比較した論文が数年前に出ており、そこではヨーロッパ諸国の上から 1/3 くらいの順位でした。CDDEP の報告でも多いグループには入ります。

減少傾向にあります。

2. カナダ：CDDEP の報告では米国より 2,3 割少ないです。減少傾向にあります。

3. オーストラリア：CDDEP の報告ではかなり使用量が多く、しかも増加傾向となっています。

志馬先生：

講演内容の最終版を頂くことは可能でしょうか？

回答：申し訳ありませんが対応致しかねます。

ER での救急治療プロトコルに第 4 世代セフェムが含まれていない理由を教えてください。

回答：少なくとも我々の施設では第一選択となる適応が思いつかないのですが、もし宜しければどのような状況で使用適応があるのか御教示頂けるとありがたいです。

矢野先生：

IE での RFP の 1 回投与か、分 3 投与とするのか、理論を教えてください。

回答：染性心内膜炎の場合には、薬物動態の観点から、1 回 300 mg を 1 日 3 回投与（1 日総量 900 mg）がガイドライン上、推奨されております。国内では保険未承認用量です。

Q1：

抗菌薬投与は、リウマチ熱の予防よりも、急性糸球体腎炎の予防がメインの理由ではないでしょうか？最近、クリニックの抗菌薬適正使用の観点からか、溶連菌感染後の糸球体腎炎の（当院での）入院化療が増えている印象を受けています。

回答：先進国ではリウマチ熱の発生頻度が極めて少ない状況になっております。

古典的には、リウマチ熱の予防のため A 群レンサ球菌の咽頭炎は治療することが推奨されてきました。治療後にも溶連菌感染後の糸球体腎炎は発症することが知られております。

Q3 :

副鼻腔炎に関する問題ですが、答えはオーグメンチンでしたが、JAID/JSC 感染症治療ガイド 2014 を見ると鼻副鼻腔炎に推奨される治療薬に A のメイアクト、C のクラビットは入っていますが、オーグメンチンに関しては記載がありません。メイアクトでなくて、オーグメンチンが選択された理由は何ですか。

回答：市中発症の副鼻腔炎の原因微生物の代表は、細菌性では、肺炎球菌、インフルエンザ菌、モラクセラなどになります。これらの標準薬として、アモキシシリン・クラブラン酸は位置づけられます。

Q5:

女性の単純性膀胱炎の治療に関して JAID/JSC ガイドラインと今回の解説に解離があるように思いましたが、AMR の観点から第 3 世代セフェムは尿路感染でも控える方が良いでしょうか。

膀胱炎に関する問題です。答えはオーグメンチンでしたが、JAID/JSC 感染症治療ガイド 2014 を見ると膀胱炎の項にオーグメンチンやバクタは記載されていません。キノロンやセフェムが選択薬になっています。キノロン耐性を防止するためにもキノロンを安易に処方しないというのは、解るのですが・・・。SBT/ABPC 3 日間の投与で大丈夫でしょうか。

回答：腸内細菌の初期治療薬は現在、選択に困難を極める状況です。古典的な標準薬であるアモキシシリン、アモキシシリン・クラブラン酸、ST 合剤などへの耐性化がある場合には、ニューキノロン系薬、そのほかでの治療になります。JAID/JSC は国内疫学も反映した推奨になっていると理解しておりますが、既往歴のない女性の膀胱炎では、古典的な標準薬もセミナーでは、認識していただくことを目的としました。

既往歴のない患者の膀胱炎の一般的な治療期間は 3 日間程度です。

Q6 :

介護病棟での実臨床ではバルーンを抜けない寝たきりの患者が多いが実情です。定期的に変換しないとカテの閉塞により UTI を高頻度で起こす印象があります。このような場合でも感染症の世界ではバルーン交換をしない方が良いでしょうか？また、そのような場合、UTI を極力少なくする推奨法はありますか？

回答：感染対策上、尿路カテーテル感染の予防の目的に、定期交換することは推奨されておられません。個々の症例ごとに、一定の期間で交換されることは、現場のご判断になります。

Q11の解答が知りたいです。

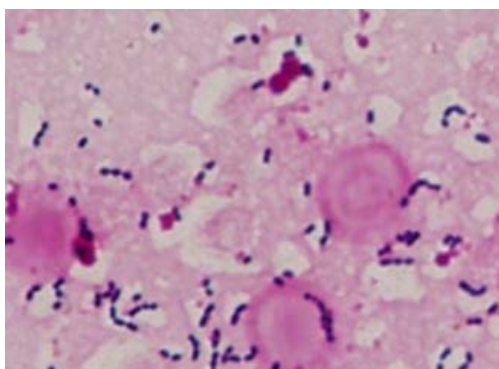
Q11を再度掲示いたします。

68歳の女性。

急性骨髄性白血病（M2）と診断され、Ara-C（シトシンアラビノシド）+DNR（ダウノルビシン）による抗がん化学療法を受けた。治療開始後13日目に38.8°Cの発熱を認め、患者は口内の強い痛みを訴えている。血液検査所見では白血球200/ μ l（好中球27.3%）、赤血球232万/ μ l、ヘモグロビン7.3g/dl、ヘマトクリット22.9%、血小板2.7万/ μ lであった。身体診察では心音、呼吸音に異常はなく、胸部エックス線写真でも異常陰影を認めない。軟便傾向であるが、それ以外の消化器症状はなく、腹部の診察でも明らかな異常を認めない。

直ちに血液培養を施行し、CFPM 1g \times 3/日が開始された。翌日に図に示すような菌が血液培養好気および嫌気ボトルより検出された。3日後も末梢白血球数の増加はなく、解熱傾向も認めない。再度施行した血液培養でも同様の菌が好気ボトルと嫌気ボトルから検出された。この時点の抗菌薬治療として最も適切なのはどれか。

- a. Cefepime単剤による治療を続ける。
- b. CefepimeにVancomycinを併用する。
- c. CefepimeにMetronidazoleを併用する。
- d. Cefepimeを中止し、Doripenemに変更する。
- e. Cefepimeを中止し、Tazobactam/Piperacillinに変更する。



正解 b

解説：

この患者はFNの状態にありcefepimeが投与されています。Ceftazidimeではない理由は、Ara-C等、粘膜障害の強い抗がん化学療法による粘膜炎からのレンサ球菌血症に対処するために、

グラム陽性菌に対する抗菌活性が優れたcefepimeが投与されます。

本患者はcefepime投与にも関わらず、再度、レンサ球菌を示唆する菌血症が確認されているため、 β ラクタム耐性の α レンサ球菌による菌血症（oral bacteremia）を想定した抗菌化学療法に変更する必要があると考えられます。従って、選択肢は(b)となります。

抗がん化学療法によるFNは、Ara-Cを用いたような場合は、「FN with mucositis（粘膜炎）」として認識しておくが良いです。血液悪性腫瘍の患者さんは抗菌薬に曝露される機会が多く、 β ラクタム耐性 α レンサ球菌の関与に留意しておく必要があります。