

【第 44 回セミナー講演および症例提示に関する Q&A】

平成 29 年 10 月 26 日（木）長崎ブリックホール 第 2 会場「国際会議場」開催

長尾美紀先生へ：

1) 2 回目のテイコプラニンでは薬疹は出なかったのですか。

回答：

ご質問有難うございます。補足説明いたしますと、2 回目のテイコプラニンでは薬疹は出現しませんでした。抗菌薬以外にも降圧剤や PPI が処方されており、原因薬剤は同定できていませんが、いずれかが問題であったと考えております。腎機能が悪くなければ、バンコマイシンを 2 回目には選択できたかと思いますが、長期の治療が必要であることや腎機能が不安定であったことからテイコプラニンを慎重に再開いたしました。血管内感染もありましたので、リネゾリドは選択しませんでした。」

2) CRBSI の血培陰性日を 0 日とするとのことでしたが、血培は治療開始してから毎日とるのですか。もし陽性ならば次の検査はいつするのですか？また抗菌薬は変更することになるのでしょうか？

回答：

ご質問有難うございます。血培再検のタイミングに関しては、毎日採取する、あるいは 1 日おきに採取するなどとされていますが、私は概ね治療開始後 72 時間を目安に行っています。再検血培陽性の場合、抗菌薬の変更を直ちに行うことはせず、次の血培を採取し、同時に持続菌血症をなる因子の検索（留置カテーテルの有無、血栓の有無、骨髄炎や深部膿瘍の有無など）を行います。

3) MRSA におけるカテ感染の場合、再検も 2 セット必要ですか。

回答：

ご質問有難うございます。再検も 2 セット行う旨、推奨しております。

4) MRSA の Vanco の MIC=2 については TEIC の方が優れているのでしょうか。

回答

ご質問有難うございます。バンコマイシンの MIC が 2 の MRSA に対して、テイコプラニンが優れているというデータはないと思います。MIC が 2 であっても、適切なソースコントロールができていれば、バンコマイシンで十分治療は可能と考えております。

5) ポート抜去は行わなかったのか。TEIC の投与時間は適切だったか。ダプトマイシンの CHDF 時は連日ですか。

回答：

ご質問有難うございます。ポートは血培陽性時点で抜去しております。ポート刺入部に感染兆候がありましたので、血培陽性となる前に抜去したほうが、臨床経過がよかったのではないかと（今となっては）思います。テイコプラニンの投与時間は、400 mg/1-2 時間かけて投与しており、適切であったと考えております。ダプトマイシンは、CHDF の際は 48 時間ごとで投与します。

柳原克紀先生へ：

1) 高齢者肺炎について、食道がんの術後肺炎に関しても高齢が最大のリスク要因となるのでしょうか。

回答：

食道がんを含めた手術後の肺炎に関しては、多くの臨床研究がなされています。年齢はリスク因子になりますが、実年齢と体年齢は個人差があることも知られています。年齢だけではなく、基礎疾患や低栄養状態などほかのリスク要因も考慮しながら、対応していくことが重要と思われれます。

2) Nocardia 症でガイドライン上「IPM/CS+AMK」とあります。AMKは髄液移行不良であり使用意義があるか、IPM/CSはけいれん誘発リスク高く高用量出来ないためカルバペネム系MEPMの方が良い気がするのですが考え方などをご教示ください。

回答：

第一選択はST合剤という考えでしたが、ST合剤への耐性化が報告されてから、IPM/CSやAMKの併用を推奨するようになっているようです。(薬剤耐性化と予後の関連性は明確になっていません。) Nocardia 属の薬剤感受性は、菌種ごとに異なります。積極的に菌種の同定や薬剤感受性の評価を行い、そのデータに基づいて併用薬を決定することが望ましいです。ST合剤以外のノカルジア治療薬については至適な投与量、期間に関する検討が十分とはいえず、今後さらなる症例の集積が必要と考えられます。

吉田耕一郎先生へ：

1) カンジダが疑われた時、いつ眼科コンサルをかけるべきか。

回答：

ご質問ありがとうございます。カンジダ眼内炎はカンジダ血流感染症がある場合に合併することがあります。医真菌学会から公表されている侵襲性カンジダ症の診断・治療ガイドライン2013ではエグゼクティブサマリーに、血液培養やβ-D-グルカンなど血清学的検査から真菌感染の証拠が一度でも得られた場合には、たとえ眼科的な訴えがなくても1週間以内に眼科医による散瞳下での眼底検査が必要である、と記載されています。血液培養を採取した日からカンジダが分離されるまでには2-3日はかかると推測されますので、まず、酵母様真菌が分離された時点で眼科にコンサルトをするのが良いと思います。また、初回の眼底検査で異常がみられなかった場合でも、週1回、少なくとも2週間まで眼底検査を行うことが推奨されています。

2) CVが挿入中であり、バイオフィーム感染症を鑑みF-FLCZの選択された設問の箇所がありましたが、腎機能を考慮して「L-AMB+5-FC」の方が良いと思いましたが、考え方をご教示ください。

回答：

ご質問ありがとうございます。ご指摘は最初か2つ目の設問のことかと存じます。

1つ目の設問では、①非好中球減少患者に発症したカンジダ血症 ②同時に腎機能障害を有する患者 ③この時点ではカテーテル抜去は困難と主治医が判断しており、バイオフィーム感染症を考える必要があるという3つの点がポイントであったと思われれます。正解はCPFGが◎、L-AMBが○、と

いうことでした。バイオフィルム感染症に効果を期待できるのはキャンディン系薬とアムホテリシン B 製剤ですので、これらを正解とし、さらなる腎機能の悪化を招きにくい CPFZ が◎、L-AMB は○という位置づけにしました。この設問では F-FLCZ は正解としておりません。

2 つ目の設問は、その後主治医がカテーテルを抜去し、原因カンジダは *C.albicans* と同定されており、カンジダ眼内炎を合併しています。この時点では主治医がカテーテルを抜去していますので、バイオフィルム感染の問題はクリアできていると考えました。したがって F-FLCZ も使用可能と考えられます。ただし、ご指摘の通り腎機能障害がありますので、F-FLCZ は減量が必要と考えます。

L-AMB は腎機能障害があっても用量調節の必要がなく使用できます。眼への移行性が良いとされている抗真菌薬は FLCZ 製剤、VRCZ、5-FC の 3 つであり、他は眼移行性が不良とされています。

日本医真菌学会から公表されている侵襲性カンジダ症の診断・治療ガイドライン 2013 では

C. albicans による眼内炎では、最近のアゾール使用歴がない場合は、第一選択として FLCZ 製剤、代替薬に VRCZ、L-AMB などが挙げられています。本設問では◎の正解を F-FLCZ、○の正解を L-AMB としました。

L-AMB+5-FC は今回の設問の解答肢には入れておりませんが、眼への移行性を考えれば、選択し得る療法と考えます。ただ、5-FC は腎機能障害では用量調節が必要になることと、国内では内服薬に限られることに注意が必要と考えます。