

【第46回セミナー講演および症例提示に関するQ&A】

2018年6月1日金曜日 岡山コンベンションセンター

第1会場「コンベンションホール」・第2会場「イベントホール(中継会場)」開催

濱田洋平先生へ

Case 2 について：

1) ESBL 産生大腸菌の感受性がセフメタゾール耐性で報告されていましたが、どういうことでしょうか。

回答：

本症例の感受性結果は CLSI の M100-S22 のブレイクポイントに準拠しています。CLSI の ESBL 検出基準を満たせば、セフェム系やモノバクタム系などは耐性として報告することとされており、この勧告を参考に ESBL 産生菌のセフメタゾールの感受性は MIC に関わらず耐性と表記しています。ただし、セファマイシン系のセフメタゾールは ESBL による分解を受けにくいことから感受性が良く、軽症の ESBL 産生菌感染症における代替薬として有効であるという報告も見られていることから臨床で使用することもあります。

Case 3 について：

1) 肺炎球菌尿中抗原が陰性だったのはなぜでしょうか。

回答：

肺炎球菌性肺炎や菌血症において、肺炎球菌尿中抗原検査の感度は 70~80%とされており、偽陰性であったと思われます。

2) 喀痰のグラム陰性桿菌はどのように考えるのですか。

回答：

喀痰塗抹では扁平上皮も散見され、口腔内の常在菌や偏性嫌気性菌をみている可能性があると考えます。当院では喀痰の嫌気培養を基本的には行っていないため、偏性嫌気性菌は分離されません。

3) 免疫グロブリンが低値でしたが、免疫グロブリン製剤は併用した方が良いでしょうか。

回答：

特に本症例のような液性免疫障害の患者においては、免疫グロブリン投与が感染症の改善に寄与する可能性があり、本症例では免疫グロブリンの投与を行いました。ただし、現時点で敗血症患者に対する免疫グロブリンの予後改善効果は不明確であり、日本版敗血症診療ガイドライン 2016 あるいは Surviving Sepsis Campaign 2016 のいずれにおいても積極的な勧奨はされていません。個々の症例での判断になると考えます。

Case 4 について :

1) バンコマイシンをエンピリックセラピーから投与したのはなぜでしょうか。培養結果を待ってからでは良くないでしょうか。

回答 :

本症例は腸球菌血症が疑われる状況で、3 か月前にペニシリン系抗菌薬の投与歴があったことから *Enterococcus faecium* をはじめとするペニシリン耐性腸球菌のリスクがあると考え、また敗血症性ショックの状態であったことからエンピリックセラピーからバンコマイシンの併用を行うべきと考えました。もし培養結果が判明するまで待てるような全身状態であったならば、培養結果の確認後に必要であればバンコマイシンを追加するという考え方で良いと思います。

2) 感染性心内膜炎を想定してゲンタマイシンの併用を考えなくても良いでしょうか。

回答 :

血液培養 4 本すべてが陽性で持続的菌血症を示唆する所見でしたが、患者背景と検査所見からは胆道感染が疑われ、感染性心内膜炎を示唆する身体所見もみられなかったことから、感染性心内膜炎として初期からゲンタマイシンを併用する必要性は高くないと考えました。ゲンタマイシンは、感染巣のドレナージなどを行っても血液培養の陰性化が得られない場合、あるいは身体所見・心電図、心エコー所見などから感染性心内膜炎の合併が示唆される場合などに併用すると考えます。