

【第 64 回セミナー講演および事例検討に関する Q&A】

2022 年 10 月 26 日（水）13:00～16:00

京王プラザホテル札幌 2 階「エミネンスホール」

荒岡 秀樹先生 「私が最近処方したキノロン系薬を振り返る」について：

- 1) キノロンの使い分けとして、呼吸器系に LVFX、緑膿菌に CPFX、誤嚥性に LSFX のように使用していますが、PZFX の立ち位置がいまいち分かりません。何かあれば教えて下さい。

回答：

キノロン系抗菌薬は第 1 世代～第 4 世代に分類されることが多く、CPFX は第 2 世代、LVFX は第 3 世代、LSFX や MFLX は第 4 世代に該当します。ご指摘の通り、第 2 世代は緑膿菌を含むグラム陰性桿菌に良好な活性を有し、第 3 世代は肺炎球菌にも活性を有するいわゆるレスピラトリーキノロンと呼ばれるものになります。第 4 世代は加えてバクテロイデス属にも活性を有します。ご質問いただいた PZFX は第 2 世代に分類され、CPFX とほぼ同様のスペクトラムを有すると考えられます。個々の詳細なキノロン系抗菌薬の評価はここでは控えますが、抗菌薬適正使用生涯教育テキスト第 3 版も併せて参考になさってください。

- 2) 具体的な症例が挙げられており、分かりやすかったです。症例 2 の緑膿菌による慢性髄膜炎に対しキノロン系薬を使用していましたが、例えば MSSA による慢性髄膜炎であった場合は、 β -ラクタム薬を使用しますか？それとも骨組織への移行を考慮し、キノロン系薬やクリンダマイシンを使用しますか？ご教授ください。

回答：

緑膿菌による慢性骨髄炎の症例であったと記憶しています。ご質問ありがとうございます。MSSA による慢性骨髄炎の経口治療については、いくつかのガイドラインや Up to date でもキノロン系抗菌薬は積極的な推奨に入っていません。骨組織への移行性は良好ですが、単剤で使用した場合誘導耐性が懸念されているようです。第一選択としてセファレキシンやミノサイクリンにリファンピシンを加えたレジメンを検討します。クリンダマイシンは推奨薬に入っていますが、長期使用の際には *Clostridioides difficile* infection が懸念されるため、第一選択には入っていないことが多いです。

- 3) JAID/JSC ガイドライン学でもサルモネラ感染症（特に腸チフス、パラチフス）と診断された場合、キノロンが第 1 選択となっておりますが、腸チフス、パラチフス以外でサルモネラ感染症（血液培養から O7 や O8 軍がでており、下痢・発熱など明らかな感染症腸炎）の場合は、やはり第 3 世代セフェム系ではなくキノロンの選

択が適切であるということと合ってますでしょうか？教えて頂けたら幸いです。

回答：

腸管外非チフス性サルモネラ感染症についての質問と考えます。多くは外科的ドレナージと抗菌薬治療が必要となります。ご指摘の通り、キノロン系抗菌薬が第一選択という認識が良いと思いますが、感受性検査結果の確認が必要です。以前はナリジクス酸耐性スクリーニングが推奨されていましたが、現在はキノロン系抗菌薬のブレイクポイントが引き下げられ (CPFX $\leq 0.06 \mu\text{g/mL}$, LVFX $\leq 0.12 \mu\text{g/mL}$ が susceptible と基準が厳しくなった)、この新しい基準で susceptible (感性) であればキノロン系抗菌薬の使用が妥当と判断されます。キノロン系抗菌薬が耐性の場合は、セフトリアキソンや ST 合剤などが代替薬とされています。

加藤 英明先生 「フォーカス不明の感染症と安易にいう勿れ」について：

- 1) 「CNS (IDSA) 1セット要請の場合、追加の血液培養をとる」とあったが、実際はとられているのでしょうか？

回答：

コンテキストによります。IDSA ガイドラインには1セットのみ陽性の場合に追加で血培を採取するかどうか言及されていません。例えば播種性感染などを疑う場合には採取すべきです。

- 2) フォーカス不明の感染症時に広域抗菌薬を使用する前に検査をお願いする場合はPCTと培養を依頼するのですが、全ての培養をしている余裕がない時は血培だけでもとっていただいた方がよいのでしょうか？血培が取れない場合は何を優先すべきでしょうか？

回答：

臨床に疑われる検体は採取すべきです。深部膿瘍など容易にアプローチできない場所に関しては血液培養だけでも提出すべきです。

畑 啓昭先生 事例検討について：

- 1) 肝膿瘍はドレナージが出来ていれば嫌気カバーを外していいのでしょうか？

回答：

ご質問有難うございます。肝膿瘍では、嫌気性菌が原因となっていることが1割～3割(?)あるとされています(PMID: 15578367, 10987109 など)、ドレナージができて培養が採取されていれば、一旦嫌気性菌を対象とせずに治療を行い、経過に応じて必要時に嫌気性菌の関与を再度確認する方針とすることで、より適正な抗菌薬の使用につながると考えます。