

【第 68 回セミナー講演に関する Q&A】

2023 年 10 月 25 日（水）13:00～16:00

東京ドームホテル B1 階 第 2 会場「天空センター」

小泉 祐介先生 「*Clostridioides difficile* 感染症の治療」について：

- 1) 当院では GDH (+) toxin (－) でも、外注検査ということもあり、NAAT 検査をしておりません。ガイドラインの推奨も変わりましたが、NAAT 検査を第一選択とすべきでしょうか。

回答：

ご存じの通り、例えば GDH (+) toxin (－)、NAAT 陰性である患者さんがいたとして、NAAT 導入施設であれば

- ①AST 的観点からは、無駄な抗 *C.difficile* 薬処方が減る、
- ②ICT 的観点からは、無駄な個室隔離が減る（ただし CDI を否定出来てもそれ以外の感染性下痢症を想定し隔離継続となるケースもあるかもしれません）、

という利点があり、これらはコストと引き換えに経営上、一定のベネフィットをもたらします。

また、検体提出からワンステップで陰性を証明できる簡便さ・明快性があります。

一方で、現行のガイドラインで NAAT 以外の選択肢も並列記載している理由は個々の施設の状況に応じて最適の方法を選択する余地がある事を示すためですので、現時点では、NAAT は必須ではなく、やはり前提として各施設の経営方針に応じて導入を検討いただくことになろうかと思います。

ただ、コロナ禍を経て遺伝子検査機器が急速に普及している昨今であり、今後も更に多くの施設で採用されることは間違いなく、恐らく「導入するか・しないか」ではなく「いつ導入するか」だけが論点になる時期が来ると拝察いたします。したがって前述の経営的ベネフィット、他検査項目にも応用できる汎用性を念頭に、病院規模・入院患者層の CDI リスク・NAAT に関わる機種・試薬価格・コストベネフィットなどを総合的に勘案した上で、貴施設にとって良いタイミングでご検討いただくのがよろしいかと思います。

宮崎 泰可先生 「発熱性好中球減少症 (febrile neutropenia: FN) における抗真菌薬の投与について」について：

- 1) 眼内移行性について、アゾールとポリエン系の違いなどお教えいただければ幸いです。事例検討コメントを含め大変勉強になりました。

回答：

アゾールのなかでも、フルコナゾールやボリコナゾールは硝子体移行が良好ですが、イトラコナゾールは不良です。一方、ポリエン系（アムホテリシン B）の硝子体移行性は高くありませんが、治療成績はアゾールよりも良好です。アゾールと違って殺真菌作用を有していることが一つの要因として考えられます。以前のアムホテリシン B よりも現在臨床使用されているアムホテリシン B リポソーム製剤（L-AMB）の方がより高い移行性が期待できます。また、5-FC は硝子体移行性が高く、L-AMB と併用で使用します。キャンディン系薬は硝子体移行が不良のため推奨されません。通常、カンジダ眼病変の第一選択は L-AMB + 5FC、脈絡膜網膜炎のみの場合はフルコナゾールが推奨されます。

- 2) 当院外注で β -D グルカン、ガラクトマンナン抗原を測定しています。血液内科疾患患者様の FN 治療では広域抗菌薬開始 3～5 日で解熱しない場合に、マーカー、血液培養提出し、抗真菌薬開始で良いでしょうか？

回答：

血液疾患を高リスク（同種造血幹細胞移植、急性白血病など）と低リスク（悪性リンパ腫など）に分けて、エンピリック治療の適応を考えることが推奨されています。高リスク症例であれば、ご指摘の治療戦略（エンピリック治療）の適応となりますが、低リスク症例の場合には、短期間の抗菌薬不応性発熱のみを根拠に抗真菌薬を開始することは推奨されておりません。低リスク症例の場合には、目安として、1 週間以上持続する FN でマーカーや画像所見、臨床症状・経過などを参考に抗真菌薬を開始します。

青木洋介委員長 その他のご質問について

- 1) RFP は耐性化しやすいとの話があり、菌量が多いデブリ直後、すぐ使用すると耐性が出現しやすい、また 2 週間以上の投与では耐性率が増える聞いております。本当はいつから、また、どれぐらいの期間がベストですか。

回答：

RFP は単剤として用いると耐性化し易い傾向にあります。

MRSA による人工関節感染症等に対して ST 合剤等と併用する場合は、2 週間以上、長期に投与することもあります。“2 週間以上は投与できない”ということはありません。ただし、薬剤による副反応の出現がないか、ご注意ください。

- 2) CRBSI カテーテル抜去後の再挿入の時期・タイミングを教えてください。

回答：

CRBSI のためにカテーテルを抜去した場合、「再度、ただちに入れ替える必要が

あるか？」をまず考える方が良いと思います。

入れ替える必要がある場合、最低でも、1～2 dose の抗菌薬をルート留置下ではなく、抜き差しで投与し、血流感染がクリアになったことが期待される状況で（陰性確認ができれば尚良い）、新しい血管内カテーテルを挿入するほうが安全であると考えます。