

第52回福岡感染症懇話会

<https://doi.org/10.15017/1495229>

出版情報：福岡醫學雑誌. 105 (11), pp.218-223, 2014-11-25. 福岡医学会
バージョン：
権利関係：

集 会 報 告

第 52 回 福岡感染症懇話会

日時：平成 25 年 12 月 2 日（月）
会場：ホテルセントラーザ博多 3 階「花筐の間」

はじめに

九州大学病院 グローバル感染症センター 下野 信行
福岡大学病院 泌尿器科 田中 正利

第 52 回福岡感染症懇話会は、平成 25 年 12 月 2 日にホテルセントラーザ博多で開催された。昨今、数多くの薬剤耐性菌の増加が問題となってきたが、キノロン耐性菌も決して例外ではなく、むしろ深刻である。近年の大腸菌におけるキノロン耐性菌の割合は、30%程度に及んできている。2008 年に発売されたシタフロキサシンは、キノロン系抗菌薬であるが、従来のキノロン耐性の菌株に対しても有効であるとされる。本薬剤は、呼吸器領域および泌尿器領域で使用される機会が多いと考えられ、一般講演のテーマに『シタフロキサシンを考える』を取り上げ、それぞれの領域から、福岡大学病院呼吸器内科 平野涼介先生、原三信病院泌尿器科 野村博之先生にご講演いただいた。

男性の尿道炎は、淋菌性および非淋菌性に分けられるが、淋菌の薬剤耐性化も世界的な問題となっている。また非淋菌性においても治療失敗例が報告されてきている。特別講演としては、『男子尿道炎—実臨床上の問題点と治療戦略—』として、あいクリニック院長 伊藤晋先生に、専門的な立場から、ご講演いただき、現状の問題点をご指摘いただいた。

一般講演、特別講演ともに、すぐに実臨床に還元できる話題提供であった。

プログラム

学術情報提供

「イナビルの有用性について」 第一三共株式会社

一般講演

座長 福岡大学病院 呼吸器内科 診療教授 藤田 昌樹 先生
テーマ：『シタフロキサシンを考える』

症例発表

- ・「当院呼吸器内科における Sitafloxacin の使用経験」
福岡大学病院 呼吸器内科 平野 涼介 先生
- ・「当院・泌尿器科における Sitafloxacin の使用経験」
原三信病院 泌尿器科 副部長 野村 博之 先生

特別講演

座長 福岡大学医学部 泌尿器科学教室 主任教授 田中 正利 先生
「男子尿道炎—実臨床上の問題点と治療戦略—」
あいクリニック 院長 伊藤 晋 先生

|| 一般講演 ||

当院呼吸器内科における Sitafloxacin の使用経験

福岡大学病院 呼吸器内科

平野 涼介, 松本 武格, 藤田 昌樹

はじめに

Sitafloxacin (グレースビット) は, 従来のニューキノロン系抗菌薬より肺炎球菌, 腸球菌, 緑膿菌, 大腸菌に強い抗菌活性を示すことがいわれており, 呼吸器感染領域においても重宝されることが期待されている.

方法

平成 24 年 1 月から平成 25 年 9 月における当院呼吸器内科で入院・外来を通じて Sitafloxacin が使用された 40 例について後ろ向きに検討した.

結果

平均年齢は 64 歳であった. 男性 24 例, 女性 16 例. 基礎疾患としては肺癌, COPD, 気管支喘息といった順に多かった. 疾患別には下気道感染症が 14 例, 肺膿瘍 4 例, 非結核性抗酸菌症 3 例などであった. 1 次治療が 28 例, 2 次治療が 12 例であり, 平均投与日数は 21.7 日であった (NTM 症例を除くと 6.9 日であった). 喀痰培養はそのうち 21 例施行されており, 緑膿菌, NTM が各々 3 例, 嫌気性菌が 2 例, 黄色ブドウ球菌, インフルエンザ桿菌が各々 1 例であった. 投与量は 50mg が 2 例, 100mg が 37 例, 200mg が 1 例であった. 確実に感染症に使用していたと考えられる 18 例に対しては有効と考えられる症例は 15 例であり, 有効率は 83.3%であった. 有害事象としては下痢, 皮疹が各々 1 例のみであった.

考察

当科で Sitafloxacin を使用した状況では通常の下気道感染症のみならず誤嚥性肺炎や肺膿瘍, 非結核性抗酸菌に対しても効果を示した. しかし感染症か否かを確認するためにトライアル的に Sitafloxacin を使用していた症例も多く, 抗菌活性が強いからとはいえ, 耐性化の問題を考慮すると疾患を適切に選ぶ必要性もあると考えられた.

原三信病院・泌尿器科における Sitafloxacin (商品名：グレースビット) の使用経験

原三信病院 泌尿器科

野 村 博 之

はじめに

キノロン系抗菌薬は、グラム陰性桿菌に対する良好な抗菌力を有し、尿路感染症、胆道感染症、腸管感染症といった感染症領域を中心に多用されてきたが、他の抗菌薬と同様に、耐性化に関しては、キノロン系抗菌薬も例外ではない。こうした中で、Sitafloxacin (商品名：グレースビット) は、2008年6月に発売され、既存のキノロン系抗菌薬に耐性の株に対しても強い抗菌力を有するとされている。

JAID/JSC 感染症治療ガイドライン 2011 によると、泌尿器科領域においてグレースビットは膀胱炎、腎盂腎炎、尿道炎に適応を有し、なかでも、複雑性膀胱炎、単純性腎盂腎炎、複雑性腎盂腎炎に対しては第一選択薬に推奨されている。また、Levofloxacin (商品名：クラビット) 耐性菌に対するグレースビット投与による菌消失率は100mg/日群で79.4%、200mg/日群で88.1%との報告や、有熱性複雑性腎盂腎炎に対する有効率は100%と報告されていること^{1)~3)} から、グレースビットによる使用拡大が期待できる。

今回、我々は、尿路感染症に対してグレースビットを投与した症例についてグレースビットの安全性と有効性を検討したので報告する。

症例報告

(症例1)

80歳、男性。主訴は頻尿。初診時血液・生化学所見にてWBC 17,100/ μ l, CRP 10.2mg/dl と高度炎症所見あり、尿所見で細菌尿をみとめ、超音波所見で前立腺肥大を有することから、複雑性膀胱炎の診断でグレースビット 100mg/日を7日間処方した。再診時、頻尿は消失しており、血液・生化学所見にてWBC 9,220/ μ l, CRP 0.1mg/dl, 尿所見は正常であることから治癒と判定。尿培養結果は *Escherichia coli* (耐性なし) であった。

(症例2)

74歳、男性。主訴は発熱、腰背部痛。初診時血液・生化学所見にてWBC 7,450/ μ l, CRP 7.0mg/dl, 尿所見で細菌尿をみとめ、CT所見で左腎盂壁肥厚をみとめることから、左) 複雑性腎盂腎炎の診断でグレースビット 100mg/日を7日間処方した。再診時、発熱、腰背部痛ともに症状消失しており、血液・生化学所見にてWBC 7,130/ μ l, CRP 0.2mg/dl, 尿所見は正常であることから治癒と判定。尿培養結果は *Pseudomonas aeruginosa* (耐性あり) であった。

(症例3)

69歳、男性。主訴は排尿困難、尿意切迫感。初診時血液・生化学所見にてWBC 9,410/ μ l, CRP 4.1mg/dl, 尿所見で細菌尿をみとめ、超音波所見で前立腺肥大をみとめることから、複雑性膀胱炎の診断でグレースビット 100mg/日を7日間処方した。再診時、症状消失しており、血液・生化学所見にてWBC 6,260/ μ l, CRP 0.0mg/dl, 尿所見は正常であることから治癒と判定。尿培養結果は *Enterococcus faecalis* (耐性なし) であった。

(症例4)

64歳、女性。主訴は発熱、排尿時痛。初診時血液・生化学所見にてWBC 10,380/ μ l, CRP 2.8mg/dl, 尿所見で細菌尿あり。超音波所見では明らかな異常所見をみとめないことから、単純性腎盂腎炎の診断でグ

レースビット 100mg/日を7日間処方した。再診時、症状消失しており、血液・生化学所見にて WBC 4,490/ μ l, CRP 0.1/dl, 尿所見は正常であることから治癒と判定。尿培養結果は陰性であった。

(症例5)

64歳、男性。主訴は発熱、排尿困難、膀胱刺激症状。初診時血液・生化学所見にて WBC 17,820/ μ l, CRP 22.6mg/dl, 尿所見で細菌尿をみとめることから、複雑性尿路感染症の診断でクラビット 500mg/日を14日間処方した。再診時、尿所見は正常化した。血液・生化学所見では WBC 9,750/ μ l, CRP 1.3mg/dl であることから、抗菌化学療法の適応と判定。尿培養結果は *Escherichia coli* (耐性なし)、血液培養結果は陰性であった。グレースビット 100mg/日を7日間処方した後、血液・生化学所見では WBC 6,460/ μ l, CRP 0.1/dl であることから治癒と判定。

(症例6)

77歳、男性。主訴は発熱、排尿困難、膀胱刺激症状。初診時血液・生化学所見にて WBC 15,310/ μ l, CRP 15.8mg/dl, 尿所見で細菌尿をみとめることから、複雑性尿路感染症の診断でクラビット 500mg/日を7日間処方した。再診時、尿所見は正常化した。血液・生化学所見では WBC 8,760/ μ l, CRP 5.7mg/dl であることから、抗菌化学療法の適応と判定。尿培養結果は *Enterococcus spp.* (耐性なし) であった。グレースビット 100mg/日を7日間処方した後、血液・生化学所見では WBC 6,670/ μ l, CRP 0.1/dl であることから治癒と判定。

結果

当院におけるグレースビットの症例では、全ての症例で治癒が確認された。なかでもクラビット低感受性菌に対する2症例においても、通常量のグレースビットを7日間投与することで治癒が得られた。耐性を考慮すれば、初回から倍量を処方することは避けたほうが好ましいと考えられた。また、高齢者(65歳以上)、後期高齢者(75歳以上)が大半を占めていたが、重篤な副作用はみられなかった。

結語

泌尿器科領域における尿路感染症において、グレースビットは有効かつ安全であった。

参 考 文 献

- 1) 河田幸道ほか：日本化学療法学会雑誌 2008；56 (S-1)：81-91
- 2) 河田幸道ほか：日本化学療法学会雑誌 2008；56 (S-1)：92-102
- 3) 河田幸道ほか：日本化学療法学会雑誌 2008；56 (S-1)：103-109

|| 特別講演 ||

男子尿道炎 —実臨床上の問題点と治療戦略—

あいクリニック

伊 藤 晋

尿道炎の病原体

尿道炎は淋菌の関与の有無により淋菌性と非淋菌性に分類され、この両者は臨床像も推奨治療も大きく異なる。非淋菌性尿道炎 (Non-gonococcal urethritis, 以下 NGU) の病原体として最も頻度が高いのは *Chlamydia trachomatis* (クラミジア) であり、この検出の有無により NGU はクラミジア性 NGU と非クラミジア性 NGU にさらに分類され、淋菌性尿道炎、クラミジア性 NGU、非クラミジア性 NGU の症例数はほぼ同程度である。現在本邦の尿道炎診療で実施される病原体検査は淋菌、クラミジアに限られることが多く、病原体が不明の尿道炎が約 1/3 を占めることとなる。

クラミジア以外の NGU 病原体には *Mycoplasma genitalium*, *Ureaplasma urealyticum* (biovar 2), 口腔内常在菌 (髄膜炎菌, インフルエンザ菌, 肺炎球菌) などが指摘されている。また、アデノウイルスや単純ヘルペスウイルスもまれに尿道炎の病原体となることが指摘されており、当院の 100 余例の検討では各々 4%, 5% の頻度で検出された。

淋菌性尿道炎

淋菌はこれまで治療に用いられてきた薬剤に次々と耐性を獲得し、MRSA, MDRP などとともに「untreatable」と冠されるようになった。この状況を受け JAID/JSC 感染症治療ガイド 2011 (ガイド) では淋菌性尿道炎の推奨治療に第一選択としてセフトリアキソン (CTRX) 1g 単回投与を、第二選択としてセフォジジム 1g 単回、またはスペクチノマイシン 2g 単回投与を挙げている。2009 年に京都で世界初の CTRX 耐性淋菌が発見されたが、その後本邦での報告はなく、現時点ではガイドの推奨治療が有効であると考えられている。

淋菌性尿道炎にはクラミジアの重複感染があることが知られているが、淋菌推奨薬の薬効が期待できないクラミジア、*M. genitalium*, *U. urealyticum* の重複感染率は当院淋菌性尿道炎の約 35% であった。性感染症診断・治療ガイドライン 2011 ではクラミジアの重複感染は再診時に治療する、とされているが、実際には淋菌性尿道炎の治療後再診率は低い。すなわち淋菌性尿道炎に推奨治療を行ってもクラミジア等が残存し後淋菌性尿道炎を呈するか、あるいは無症候性キャリアとなり感染拡大の原因となる可能性が考えられる。

AZM 徐放製剤 2g 単回投与はクラミジア等に対する薬効が期待でき、淋菌性尿道炎に対する有効率が 93% 程度と現時点では有効と考えられる。しかし海外では AZM 高度耐性株の報告もあり、今後の耐性化に注意が必要で、AZM 徐放製剤単独による淋菌性尿道炎の治療を推奨することは難しい。

CTRX 耐性淋菌が流行してきた場合の治療や、クラミジア等重複感染を考慮した治療について早急に検討する必要がある。

非淋菌性尿道炎

クラミジアはマクロライド、テトラサイクリン、フルオロキノロン等の抗菌薬に対する耐性はほとんど認めず、ガイド等でもアジスロマイシン (AZM), ドキシサイクリン, レボフロキサシン等の推奨治療薬が挙げられている。ところが *M. genitalium* はクラミジア推奨薬での治療失敗例も多く報告されており、本

邦で保険適応があり十分な効果が期待できる薬剤としては唯一シタフロキサシン（STFX）だけが挙げられる。

ガイド等にはクラミジア性 NGU と非クラミジア性 NGU についてそれぞれ推奨治療が記載されているが、両者の臨床所見には差がないため実臨床にそのまま適応することは困難な場合が多い。通常は NGU と診断したらまずクラミジア性 NGU を考えて治療を開始し、初期治療の効果が不十分な場合に *M. genitalium* 性を疑い非クラミジア性 NGU の推奨治療を参考に STFX 等の追加投与を検討することとなる。

現在 *M. genitalium* の検出に本邦の保険適応はないが、費用の問題はあるものの特定の検査会社では受託可能となっている。さらに初期治療から *M. genitalium* 性 NGU に対しては STFX 等の有効な薬剤選択を行えるように、*M. genitalium* 性 NGU とそれ以外を鑑別する手段につき、今後検討すべきと考える。

まとめ

尿道炎の病原体は淋菌やクラミジア以外にも多彩である。淋菌は薬剤耐性が顕著であり、ガイド等の推奨治療が望ましいが、推奨治療の薬効が期待できないクラミジア等重複感染が淋菌性尿道炎の約 35% に認められ、低い治療後再診率と併せ臨床上の問題点である。NGU の病原体を臨床所見から鑑別することは困難といわれており、一般的には NGU と診断するとまずクラミジア性 NGU を考えて初期治療を行うことになる。しかし、*M. genitalium* 性 NGU はクラミジア性 NGU 推奨薬での治療失敗例が多く報告されており、奏効率を高める診断・治療戦略の検討が今後の課題と考える。