

3) 中耳炎および副鼻腔炎

1 東北大学大学院 医学系研究科 感染制御・検査診断学

○矢野 寿一¹

上気道は生体が外界と接する最前線であることから、微生物の侵襲を受けやすく、感染症の好発部位である。中耳炎および副鼻腔炎はその代表であり、抗菌薬の使用頻度の高い疾患といえる。

中耳炎については、日本耳科学会、日本小児耳鼻咽喉科学会、日本耳鼻咽喉科感染症研究会により「小児急性中耳炎診療ガイドライン 2009」が、副鼻腔炎については、日本鼻科学会から「急性鼻副鼻腔炎ガイドライン 2010 年版」が発刊されている。JAID/JSC 感染症治療ガイドは、この2つのガイドラインを尊重し作成されている。

まず中耳炎であるが、急性中耳炎の診断は臨床症状のみで判断するのは難しく、鼓膜所見を評価し、重症度を判断することが重要と考え、重症度に応じた治療選択を推奨している点に本ガイドの特徴がある。抗菌薬を投与せず対症療法のみで治療をする症例群を、熱病では2歳未満とされているが、本ガイドでは重症度に基づき軽症例に限って48~72時間は抗菌薬を投与せず対症療法のみで経過をみるよう記載している。重症度は、小児急性中耳炎診療ガイドライン 2009 に基づいて分類している。

治療薬については、熱病、本ガイドとも AMPC あるいは CVA/AMPC が第一選択薬として推奨されている点は共通であるが、本ガイドでは前述したように重症度分類に基づき用量を分けている。なお、耐性菌の関与が疑われるか否かをリスクファクターにより分類し、その分類により選択できるようにもしている。推奨薬の大きな違いは、熱病では肺炎球菌性中耳炎に対し CLDM の記載があるが、本邦では肺炎球菌の多くはマクロライド耐性であり CLDM に対しても耐性を示すものが多いことから記載していない。また、本ガイドの特徴として、熱病、小児急性中耳炎診療ガイドライン 2009 ともに記載のない TFLX, TBPM-PI についてコメントしていることが挙げられる。これらの薬剤は、第一選択薬としての位置付けではなく、治療効果不良の場合に培養検査で PRSP あるいは BLNAR を確認した症例に限定されている。

熱病には乳様突起炎に対する記載があるが、本ガイドにはない。本ガイドでは、乳様突起炎を疑わせる所見がある場合には専門家へのコンサルテーションを推奨している。また、本ガイドでは急性中耳炎に対する抗菌薬予防投与の概念は取り入れていない。

次に副鼻腔炎であるが、本ガイドでは中耳炎の項目と同様に、重症度に基づいた治療選択が重要であると考えている。重症度は急性鼻副鼻腔炎ガイドライン 2010 年版に準じていて、本ガイドでは軽症例に対して抗菌薬治療を行わず5日間の経過観察を行う事が望ましいとしている。熱病では10日間の経過観察期間をおいているが、本邦では急性鼻副鼻腔炎症状をきたし受診するまでの期間は3~7日にピークが来ることから、初診時軽症であれば5日間の抗菌薬非投与期間をおくことで約10日間の経過観察が可能と考えたことによる。

本ガイドでも中耳炎の項目同様、TBPM-PI の位置付けに関する記載が特徴と言える。第一選択薬としての位置付けではなく、重症例あるいは乳幼児の難治性鼻副鼻腔炎で他の抗菌薬による治療が不良である場合に限定されている。

また、本ガイドの中で、中耳炎、副鼻腔炎の項目それぞれに専門医コンサルトのタイミングという項目を設けている。これは本ガイドの中でも本項目の特徴となっている。両疾患とも外科的処置を必要とする場合や、まれに合併症を発症する可能性があるためであり、参考にしていただきたい。