

5) 小児領域感染症

¹ 慶應義塾大学医学部感染制御センター○岩田 敏¹

JAID/JSC 感染症治療ガイド 2011(以下ガイド)の中で小児に関する記載がある項は、敗血症、細菌性髄膜炎、肺炎、気道感染症、骨髄炎、尿路感染症などである。ガイドの作成にあたっては、サンフォード感染症治療ガイド(以下熱病)、Red Book(米国小児科学会)、細菌性髄膜炎の診療ガイドライン(日本神経治療学会、日本神経学会、日本神経感染症学会)、小児呼吸器感染症ガイドライン 2011(日本小児感染症学会、日本小児呼吸器疾患学会)などの各種ガイドラインの記載および最新の文献の記載が参考にされ、国内の分離菌頻度、耐性菌頻度を考慮した抗菌薬の推奨が行なわれている。また推奨される抗菌薬は、基本的に国内で使用できるものが記載されているが、用法・用量については必ずしも国内の用法・用量の範囲内にとどまらず、海外のガイドラインで推奨されている高用量が記載されている場合もある。例えば、もっとも重症の感染症である細菌性髄膜炎の場合、国内では乾燥ヘモフィルス b 型ワクチンや沈降 7 価肺炎球菌結合型ワクチンの導入が米国を含む諸外国よりも遅れたため、現在も生後 1-3 ヶ月以降の細菌性髄膜炎の原因菌の多くはインフルエンザ菌 b 型と肺炎球菌である。しかも、両菌種ともに、β-ラクタム系薬の作用点であるペニシリン結合蛋白が変異した耐性菌である、β-ラクタマーゼ非産生アンピシリン耐性インフルエンザ菌 (BLNAR) とペニシリン耐性肺炎球菌 (PRSP) の分離頻度が高い。また国内では PRSP を含む肺炎球菌に対して極めて強い抗菌活性を有するカルバペネム系薬であるパニペネム/ベタミプロン (PAPM/BP) が使用可能である点が諸外国とは異なっている。そこで、生後 1-2 ヶ月以降の原因菌判明前の小児細菌性髄膜炎に対する初期治療薬として、熱病ではセフトキシム (CTX) もしくはセフトリアキソン (CTR) + バンコマイシン (VCM) の併用、あるいはメロペネム (MRPM) の単独投与が推奨されているのに対し、ガイドでは CTX もしくは CTR + PAPM/BP もしくは MEPM の併用が推奨されている。細菌性髄膜炎の場合の用法・用量については、ガイドと熱病の間に大きな差は認められていない。細菌性髄膜炎を一例として挙げたが、本シンポジウムにおいては、いくつかの小児領域感染症を取り上げて、ガイドのポイントと熱病との対比について示し、今後のガイド改定の方向性・必要性について考えてみたい。