１）グリコペプチド

[1] 武蔵野赤十字病院　感染症科

○本郷 偉元 [1]

本講演では、臨床医の立場から、抗 MRSA 薬の中で世界的に歴史が古く知見も集積されているグリコペプチド系について概説する。そしてグリコペプチド系の中でも主にバンコマイシンに関して解説する。日本において最初に MRSA 感染症に対して承認された薬はアルベカシンである。1990 年であり、承認時の成績は、敗血症（敗血症の疑い 1 例を含む）に対して 5 例中 4 例、肺炎に対して 13 例中 9 例に有効であった。遅れて、海外で標準的な抗 MRSA 薬として用いられていたバンコマイシンが 1991 年に承認された。主にヨーロッパで用いられていたテイコプラニンが承認されたのは 1998 年である。グリコペプチド系を含む抗 MRSA 薬に限らず、抗菌薬の使用で最も大事なことのひとつが、適切な診断に基づく使用である。“診断なくして治療なし”である。MRSA が臨床検体から検出されても保菌や定着であることも多く、その場合それに対して抗菌薬を用いることは一般的にはない。医師に限らず、薬剤師、細菌検査技師、看護師などすべての医療従事者がこの基本を理解し実践することが大切である。そのためには MRSA の臨床的なふるまいを知っておく必要がある。簡単に言えば、MRSA が検出されたときや MRSA 感染症として抗菌薬が開始される前に、“この患者さん、本当に MRSA 感染症？”と複数人で確認することが大事である。そして治療に進む場合、選びたい抗菌薬の特徴として、経済的な要素を除くと、少なくとも以下のようなものがあるであろう。治療薬として良質なエビデンスがある、歴史的・世界的に用いられている、ユニークな性質をもつ、ターゲット以外の菌はなるべく殺さない（＝狭域）、である。前述のとおりグリコペプチド系は世界的には知見が最も集積されている抗 MRSA 薬であり、グリコペプチド系以外の各抗 MRSA 薬において、これらを含めた様々な要素をグリコペプチド系と比較することが大切であろう。バンコマイシンに関して臨床現場で主に問題となるのは、その用法用量、ターゲットとするトラフ濃度、TDM（Therapeutic Drug Monitoring）の行い方、過敏症を含む有害事象、耐性 MRSA などであろう。とくに最近では米国から 2009 年に、成人患者におけるバンコマイシンによる治療のためのモニタリングのコンセンサスレビュー、が出されたこともあり、TDM がさらに活発に行われるようになった。そして本邦からもバンコマイシンを含む各種抗菌薬の「抗菌薬 TDM ガイドライン」が出されようとしている。また MRSA の MIC creep は世界的に話題となっている。テイコプラニンに関しては、アレルギーがバンコマイシンと交叉するのか、ということもときに話題となる。本講演では上記の点も含め、グリコペプチド系について臨床医の立場からお話しさせていただき、多くの方々とのよいディスカッションの端緒となることができれば幸いである。