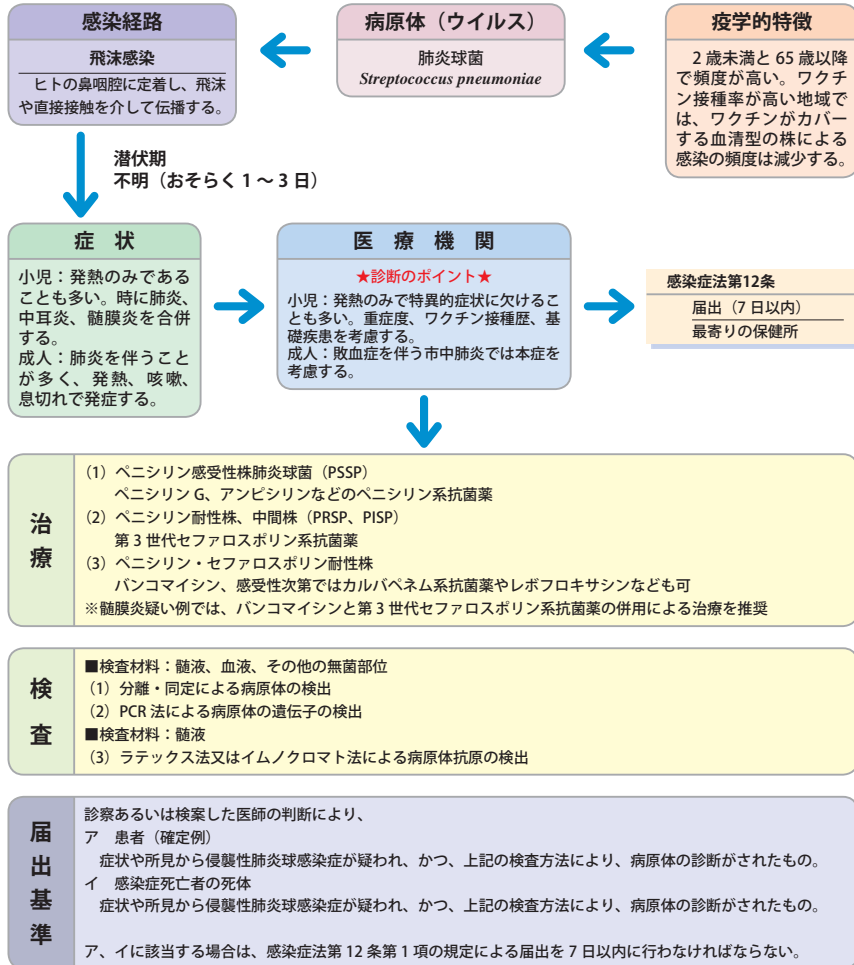


(15) 侵襲性肺炎球菌感染症 ……五類感染症・全数

Invasive pneumonias disease



参考図書

- (1) Janoff EN, et al. *Streptococcus pneumoniae*. Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases, 8th ed., Bennett JE, Canada, 2015, 2310-48.
- (2) 国立感染症研究所. 侵襲性インフルエンザ菌・肺炎球菌感染症. IASR 2014; 35: 229-30.
- (3) 西純一郎. 侵襲性肺炎球菌感染症とワクチンによる予防. モダンメディア 2013; 59 (11) 273-83.
- (4) 厚生労働省科学研究費補助金 重症型のレンサ球菌・肺炎球菌感染症に対するサーベイランスの概要と病院解析, その診断、治療に関する研究.

発生状況

全数把握疾患となった2013年4月からの1年で1,500例以上が報告されている。2歳未満の小児と65歳以上の高齢者にピークがある。小児では特に生後6か月から2歳台にかけて多い。6~9月にかけて少ない。

臨床症状

最も多い感染部位は肺とされ、報告によっては70%を超過するが、本国の報告では46%ほどであった。その他は髄膜炎が多く、気道系では副鼻腔炎や中耳炎、膿胸などが続く。感染巣が明らかでない菌血症 (primary bacteremia) は成人より小児において多く、本国の報告では5歳未満小児のIPDでは約70%がprimary bacteremiaとされる。

無脾や鎌形赤血球症の患者では劇症型の経過をとることがあり、非常に致死率が高い。

検査所見

髄液、血液、その他の無菌部位からの培養分離が基本となる。肺炎や膿胸症例の場合には感染巣検体のグラム染色で莢膜を持つグラム陽性双球菌を顕鏡することで起因菌を推測することができる。劇症型感染症では末梢血の直接塗抹で菌を顕鏡することがある。髄液に対する尿中肺炎球菌抗原検査の感度、特異度とも高いが、他の連鎖球菌との交差反応や小児における偽陽性例など解釈には注意が必要である。

病原体

肺炎球菌 (*Streptococcus pneumoniae*)
 菌体表層の莢膜は重要な病原因子であり、現在98血清型が知られている。国や地域によって流行する血清型が異なる

感染経路

飛沫感染
 菌や肺炎患者との濃厚接触の際、飛沫・接触感染により伝播する。ヒトの鼻咽頭粘膜に存在することが知られ、保菌率は1歳の70~100%をピークに、成人では10%程度に低下する

潜伏期

不明 (おそらく1~3日)

行政対応

施設内集団感染の場合：2週間以内に同一血清型の侵襲性肺炎球菌感染症が発生した場合はアウトブレイクを疑う。

拡大防止

接触者に対して特段の対応は不要とされる。
 手指衛生・咳エチケットに加え、予防接種未接種者に対して肺炎球菌ワクチン接種を考慮する。

治療方針

症状に応じて髄液検査や画像検査を行って感染巣を明らかにし、薬剤感受性や病巣に応じた抗菌薬治療を適正な期間行うことが推奨される。
 ペニシリンを中心としたβラクタム系抗菌薬の使用が一般的とされる。アレルギーや薬剤耐性等により使用できない場合はニューキノロン、バンコマイシンなどが用いられる。