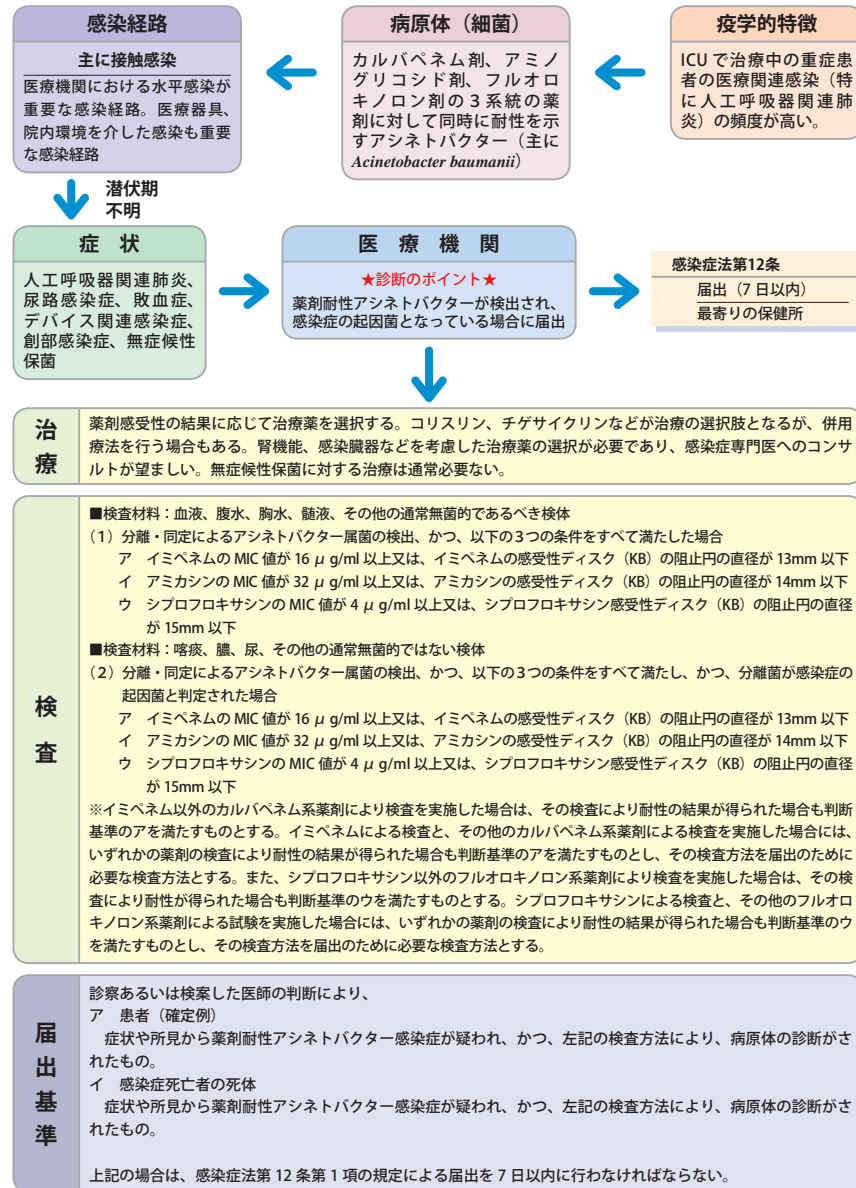


(26) 薬剤耐性アシネトバクター感染症 ……五類感染症・全数

Multiple drug-resistant acinetobacter infection



参考図書

- (1) 感染症法に基づく薬剤耐性アシネトバクター感染症の届出状況 (IASR Vol. 37 p. 165-166; 2016年8月号)
- (2) 多剤耐性 *Acinetobacter* と感染症法、モダンメディア 61巻7号、P193, 荒川直樹

発生状況

感染症法に基づく感染症発生動向調査では、2014年9月19日より5類全数把握疾患となった。2014年第38週から2015年第53週の約15.5か月間に計52例の届出があり、70歳以上が32例(61.5%)を占めた。東京都からの届け出は16例(30.8%)と最も多かった。感染症の類型は、肺炎が最多(26例、50.0%)で、次いで菌血症・敗血症5例(9.6%)、尿路感染症2例(3.8%)であった。菌種は *Acinetobacter baumannii* が33例(94.3%)と大半を占め、*Acinetobacter lwoffii* 2例(5.7%)であった。国外での感染が4例(7.7%)あった。過去に日本国内で集団発生の事例もある。

臨床症状

院内感染医療器具関連感染として重要で、肺炎、尿路感染症、敗血症、創部感染症など各種感染症の原因となる。特に、人工呼吸器関連肺炎 (Ventilator-associated pneumonia: VAP) の頻度が高い。デバイス関連感染症 (カテーテル関連血流感染症やカテーテル関連尿路感染症等) や手術部位関連感染症の原因となることもある。ただし、症状を起こさずに皮膚、創部、気道や挿管チューブ、消化管、カテーテル等に保菌している場合 (無症候性保菌) もある。日本では健康者に感染を起こすことは稀である。

検査所見

一般的な検査所見として、白血球増多 (敗血症では減少する場合もある)・CRP上昇を認める。感染臓器に応じて、低酸素血症や喀痰の白血球増加、胸部画像所見の肺炎像 (肺炎)、膿尿 (尿路感染症)、肝胆系酵素上昇 (肝胆系感染症)、等の検査所見の異常を認める。

病原体

アシネトバクター属細菌はブドウ糖非発酵性のグラム陰性桿菌であり、中でも主にヒトに感染を引き起こすのは *Acinetobacter baumannii* 等が知られている。環境 (自然環境や住環境) からも検出される。

本邦では、5類感染症としてカルバペネム剤、アミノグリコシド剤、フルオロキノロン剤の3系統の薬剤に同時に耐性を示すものが薬剤耐性アシネトバクターと定義されている。

感染経路

主な感染経路は接触感染である。医療機関における水平感染が重要な感染経路と考えられている。

特に人工呼吸器などの医療器具を介した感染に注意が必要で、乾燥した環境でも数週間以上生存することから、院内環境 (床・ドアノブ・床頭台等) や皮膚を介した感染にも注意を要する。呼吸器感染の場合、飛沫感染の形で伝播する可能性もある。

潜伏期

長期間の保菌が報告されており、菌の獲得から感染症状を発症するまでの潜伏期間は明確に定義できない。

行政対応

医師は、患者を診断、または当該疾患により死亡したと診断した場合、7日以内に指定の届出様式により最寄の保健所に届ける。

拡大防止

感染拡大の防止には医療機関において標準予防策、手衛生の徹底に加え、患者の個室隔離や接触予防策を徹底する。さらに、医療器具の滅菌や院内環境の消毒を行い、感染拡大を防ぐことも重要である。

院内での広域抗菌薬の過剰の使用もリスクになりうるため、抗菌薬の適正使用を進める必要がある。

治療方針

薬剤感受性の結果に応じて治療薬を選択する。コリスリン、チゲサイクリンなどが治療の選択肢となるが、併用療法を行う場合もある。腎機能、感染臓器などを考慮した治療薬の選択が必要であるため、感染症専門医へのコンサルトが望ましい。無症候性保菌に対する治療は通常必要ない。