



第37回日本臨床皮膚科医会総会・臨床学術大会 共催セミナー

ランチオンセミナー10

日時 2021年4月25日(日)
12:30~13:30

会場 帝国ホテル東京
(第4会場(扇の間))



困った、治らないぞ 皮膚感染症! どう対応する?

座長

佐々木りか子 先生 梨の花ひふ科

I
講演

皮膚感染症、黄色ブドウ球菌の
耐性化と強毒株の流行

野口 雅久 先生 東京薬科大学 病原微生物学教室

II
講演

皮膚細菌感染症の臨床トピックス
—特に黄色ブドウ球菌感染症について

池田 政身 先生 高松赤十字病院 皮膚科





I 講演

皮膚感染症、黄色ブドウ球菌の耐性化と強毒株の流行

野口 雅久 先生 東京薬科大学 病原微生物学教室

臨床から分離されるブドウ球菌において、黄色ブドウ球菌 (*Staphylococcus aureus*) は血漿を凝固させるコアグラゼを産生するという特徴を有し、表皮ブドウ球菌などのコアグラゼ陰性ブドウ球菌 (CNS) と区別されている。黄色ブドウ球菌は、約30%の健常者の鼻腔内から分離される皮膚常在菌の一つであるが、種々の毒素を産生する代表的な病原性細菌でもある。表皮剥脱毒素を産生する黄色ブドウ球菌は、小児の伝染性膿痂疹 (トビヒ) やブドウ球菌性熱傷様皮膚症候群 (SSSS) の原因菌となる。また、毛包炎、そして癬・癩、さらには、蜂窩織炎などの皮膚感染症を引き起こす。さらに、黄色ブドウ球菌は薬剤耐性を獲得しやすく、耐性は難治化の一因となっている。特に、メチシリン耐性遺伝子 *mecA* を獲得した黄色ブドウ球菌 (methicillin-resistant *S. aureus*, MRSA) は、ほとんどのβ-ラクタム系薬や他の抗菌薬に多剤耐性を示し、院内感染の主要な原因菌となっている。MRSAは、日本のAMR (薬剤耐性) 対策アクションプランにおいても拡大の阻止が求められている耐性菌である。しかし、近年、市中の皮膚感染症患者からもMRSAが分離され、その増加と流行が懸念されている。本講演では、院内感染型MRSA (HA-MRSA) と市中感染型MRSA (CA-MRSA) について解説し、全国の皮膚科クリニックから分離されたCA-MRSAの状況と遺伝的特徴に加え、CA-MRSAが院内に伝播・流行している現状について、お話を。さらに、日本で流行し始めたPanton-Valentineロイコシジン (PVL) を産生する強毒型MRSAについて報告したい。我々の最近の研究では、代表的なUSA300型を含め、日本においては複数のPVL陽性MRSAが分離されており、一部は日本独自に進化したPVL陽性MRSAが流行していた。これらの黄色ブドウ球菌について、薬剤感受性や病原性遺伝子等の解析から、皮膚感染症に対する治療の一助になるような情報を提供したい。



II 講演

皮膚細菌感染症の臨床トピックス —特に黄色ブドウ球菌感染症について

池田 政身 先生 高松赤十字病院 皮膚科

皮膚細菌感染症は浅在性皮膚感染症、深在性皮膚感染症、慢性膿皮症、二次感染などに大別できる。浅在性皮膚感染症には伝染性膿痂疹や浅い毛包炎など、深在性皮膚感染症にはせつ、せつ腫症、ようなどが含まれる。主な病原菌は黄色ブドウ球菌と連鎖球菌などであり、特に黄色ブドウ球菌では近年耐性菌の増加が問題となっている。今回は黄色ブドウ球菌感染症に焦点を絞って講演を行う。

浅在性皮膚感染症で一番多いのは伝染性膿痂疹である。伝染性膿痂疹でもメチシリン耐性黄色ブドウ球菌 (MRSA) が増加しており、最近では30%前後が耐性菌と言われている。当科のデータでも40%前後がMRSAとなっている。そしてこのMRSAはほぼ市中感染型MRSA (CA-MRSA) で、中等度耐性である。

深在性皮膚感染症は昔に比べると減少しているように思われるが、近年ではMRSA、特にパントンバレンタインロイコシジン (PVL) 陽性CA-MRSAによる症例が急増している。これらは臨床的には深い潰瘍や壊死を伴うことが多く、重症化し、再発を繰り返す、家族内感染を生じる。欧米のPVL陽性CA-MRSAはUSA300株を代表とする株であり、若者に壊死性肺炎を生じ、死に至ることもあるということで問題となっている。本邦においてもここ数年でPVL陽性CA-MRSAが急増しており、当科においても深在性皮膚感染症から検出される黄色ブドウ球菌のうち約80%がCA-MRSAであり、その多くがPVL陽性菌と思われる。

これらの黄色ブドウ球菌感染症の治療は、MSSAではセフェム系抗生剤内服で奏効するが、CA-MRSAに対してセフェム系抗生剤内服は無効である。内服薬としてはホスホマイシン、ミノサイクリン、レボフロキサシンなど効果があるが、耐性菌も出現してきている。欧米ではST合剤やクリンダマイシンが第一選択とされているが、ST合剤は本邦では保険適応がない。浅在性皮膚感染症では外用抗菌薬も奏効し、特にナジフロキサシンやフジジン酸など効果がある。

特に深在性皮膚感染症では上記の内服薬や外用薬を用いてもコントロールできない症例がある。これはPVL陽性CA-MRSAによるせつ、せつ腫症などでは病変が深く、壊死、潰瘍を生じるため、病変部に必要な濃度の抗菌薬が到達しないことも一因であり、その場合は切開排膿、壊死組織除去などの外科的治療を積極的に行うべきである。