

クラミジア（クラミドフィラ）肺炎は少ない

肺炎は市中肺炎と院内肺炎に大別され、市中肺炎は病院外で日常生活していた人に発症した肺炎を指します。市中肺炎で最も頻度の高い原因菌は肺炎球菌で、7～8割を占めるといわれてきました。しかし、この頻度も高齢者肺炎の増加とともにその頻度は低下しています¹⁾。しかし市中肺炎の初回治療において最も考慮すべきものは肺炎球菌性肺炎であることに変わりはありません。肺炎球菌に対する抗菌薬の選択に際して、日本と欧米で大きく異なる点は薬剤耐性化が進んでいることであり、わが国のマクロライド系やテトラサイクリン系薬に対する耐性率は80%に達し、超高度耐性菌が約50%も存在します²⁾。その結果、わが国では肺炎球菌に対しマクロライド系薬を使用することが困難な状況にあります。これらの理由から抗菌薬の選択に際し市中肺炎を非定型肺炎と細菌性肺炎の二つに分けて、両群を鑑別するための項目と基準を設けました。これはわが国のガイドラインの特徴の一つです。簡単にいうと市中肺炎のなかでマクロライド系抗生剤を投与すべき肺炎が非定型肺炎でこのなかにはマイコプラズマ肺炎とクラミジア（クラミドフィラ）肺炎が含まれます。レジオネラ肺炎は当初非定型肺炎に入っていましたが後に細菌性肺炎に変更されました。マイコプラズマとクラミジア肺炎は両者ともにマクロライド系抗生剤で改善するため両者を厳密に鑑別することは必ずしも必要ではありませんでした。あえてクラミジア肺炎を診断する場合は、喀痰や咽頭のクラミジア抗原が少ないために、血清抗体価の測定が行われてきました。しかし、近年、遺伝子を用いた網羅的細菌叢解析法を用いることにより肺炎の起炎菌が正確に培養せずに判明するようになりました。

遺伝子検査による肺炎の起炎菌検索でクラミジアが検出された頻度は、迎らの64例の検討では0%³⁾、Nogutiらの147例の検討でも0%⁴⁾、藤田らの1800例の検討でも、わずか3例で⁵⁾、その3例はいずれも細菌との混合感染でした。したがってクラミジアは肺炎の病原体として考慮する必要はなく、非定型肺炎という呼称も将来的にはなくなってしまうのかもしれない。ただ臨床的にはこれまでと変らな変わることなく、初診時にペニシリンで治療を開始するかマクロライドで治療を開始するかどうかだけを考慮すれば良いと思います。

菊池中央病院 中川 義久

平成30年10月3日

参考文献

- 1) 梅木 健二：市中肺炎：概念の変遷と原因菌の動向．日内会誌 2016；105：984－990．
- 2) 宮下 修行：市中肺炎（CAP）のガイドライン．日内会誌 2011；100；3490－3496．
- 3) 迎 寛：呼吸器感染症における口腔内レンサ球菌と嫌気性菌の役割．日内会誌 2016；105；1796－1802．
- 4) Noguti S et al：Frequency of detection of *Chlamydophila pneumoniae* using bronchoalveolar lavage fluid in patients with community-onset pneumonia．Respiratory Investigation 2017； 55；357－364．

5) 藤田 次郎：細菌性肺炎非定型肺炎 .. 日内会誌 2017 ; 106 : 1916 - 1922 .