

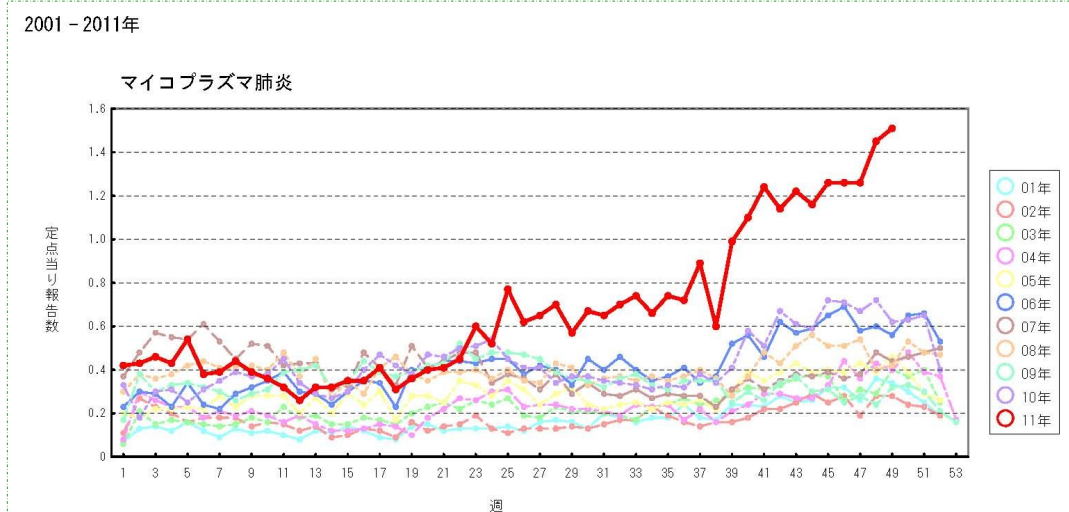


マイコプラズマ (*Mycoplasma pneumoniae*) の話題

感染制御部

今年、マイコプラズマ肺炎の報告が急増しています。

(下図;国立感染症研究所 (<http://idsc.nih.go.jp/idwr/sokuho/201149/binder49.pdf>))



マイコプラズマは、無細胞培地で自己増殖能のある最も小さな微生物で、生物学的には、細菌に分類されます。小さすぎることと細胞壁をもたないため、グラム染色では観察できません。病原体は侵入後、気道の粘膜表面の細胞外で増殖を開始し、上気道、あるいは下気道の粘膜上皮を破壊します。特に気管支、細気管支の線毛上皮の破壊が顕著で、粘膜の剥離、潰瘍を形成します。そのためマイコプラズマ感染症では、長く続く頑固な咳が臨床症状の特徴となります。感染経路は、飛沫感染です。

流行は、4年ごとに繰り返されていましたが、最近はこの流行パターンが崩れています。学童一家族内に流行が広がり、潜伏期は1~2週間で感染により特異抗体が産生されますが、生涯続くものではなく徐々に減衰していくため、再感染もよく見られます。

●マイコプラズマ肺炎

5~30歳、特に9歳以下に好発し、3歳以下の乳幼児、高齢者での発症は稀です。発症は緩やかで、頭痛、発熱、倦怠感で始まり、2~4日後に痰がでないか、わずかに痰を伴う咳を認めます。胸部X線写真では、不均一で多発性の気管支肺炎像を呈し、病変の広がりによって、診察所見に乏しく、歩く肺炎 (walking pneumonia) と呼ばれ、全身状態は比較的保たれているのが特徴です。気管支炎、咽頭炎、鼓膜炎など多彩な病像を示します。合併症として髄膜炎、脳炎、神経根炎、ギラン・バレー症候群、横断性髄膜炎、小脳失調などの神経障害も報告されています。

●診断

培養は特殊な培地 (PPLO培地) で長い培養期間 (10日~2週間) が必要です。そのため、一般には血清抗体価を測定して診断が行われます。

●治療

マイコプラズマは、細胞壁を欠くため、細胞壁合成阻害薬であるβ-ラクタム系 (ペニシリン、セフェム、カルバペネム系) は無効で、蛋白合成阻害薬であるマクロライド、テトラサイクリン系、またはDNA複製を阻害するフルオロキノロン系を用います。

●耐性マイコプラズマの問題

近年、特に小児において、マクロライド耐性のマイコプラズマが急増しています (下図)。小児では、テトラサイクリン系やキノロン系抗菌薬は一般に使用しにくいために、小児科領域でマクロライド耐性マイコプラズマは大きな問題になっています。成人に対しては、上記のような複数の系統の抗菌薬を使用できます。

マクロライド系薬 (MLs) 耐性マイコプラズマの経年的推移

