【細菌学】

とにかく頑丈で厳しい環境でも生存できる

病原性は黄色ブドウ球菌や連鎖球菌の様に強烈ではない

【疫学】

院内感染症の原因として第2-3位を占める→主に尿路感染症

E.faecalis：80-90%

E.faecium：5-10%、VREのほとんどがE.faecium

【病因・病態・病原性】

心内膜や腎上皮細胞に付着し、心内膜炎や尿路感染症の原因となる

腹腔内感染症や骨盤内感染症における腸球菌の役割は不明

【臨床像】

* 尿路感染症

腸球菌の感染症で最多

前立腺炎、腎周囲膿瘍の原因にもなる

* 菌血症

S.aureusによる菌血症とは違い、心内膜炎の可能性は低い

市中感染の場合は心内膜炎を考慮しても良いが、院内感染は更に否定的

腸球菌のみでshockやDICになることは稀→GNRの混合感染の可能性

感染部位：尿路>腹腔内>骨盤内>熱傷>褥瘡>血管カテーテル

呼吸器が感染部位、侵入門戸であることは先ず無い

* 心内膜炎

心内膜炎の5-15%が腸球菌によるもの

Risk facor：高齢者、弁膜異常、人工弁

ほとんどがE.faecalisによるもの

* 腹腔内感染症

腸球菌に有効な抗菌薬を投与せずに腹腔内感染症が改善することが多い

特別に標的とする必要はないとされる

十分な活性を持たせるにはアミノグリコシドの使用が必要

腸球菌を無視しても良い状況

患者が格別免疫不全状態にない場合

腸球菌が他のGNRに混じって培養されて来た場合

積極的にEnterococcusをカバーする抗菌薬を投与することを考える状況

免疫不全患者

先行する4日異常のセファロスポリンの投与を受けている患者

複数筋の菌血症が疑われる重症度の高い患者

腸球菌単独で培養された場合

【耐性】

もともと本来の性質として耐性である抗菌薬が多い

新たな耐性を後天的に獲得する能力に優れている

ペニシリン耐性：PBP5の低い親和性におるもの、E.faeciumで顕著

ペニシリン耐性(βラクタマーゼ)：βラクタマーゼ合剤 or VCM、多くはE.faecalis

アミノグリコシド耐性：基本的にはGMかSMしか使用しない(TOBは自然耐性)、アミノグリコシドに耐性があるとsynergy効果も期待できない、SMはGM耐性でも使用可能

バンコマイシン耐性：ほとんどがE.faecium

【治療】

1st choice：PCG or ABPC + GM or SM

2nd choice：VCM + GM or SM

ペニシリンアレルギー：VCM

菌血症、心内膜炎、髄膜炎のrecipeは成書を参照

アミノグリコシドの併用

殺菌的効果が必要な感染症の場合は”絶対に必須”：髄膜炎、心内膜炎

必要でない感染症の場合は必ずしも必要ない：尿路感染症、創部感染症

腹腔内感染症に関しては記載なし

【参考文献】

・レジデントのための感染症診療マニュアル