2017.6

【抗菌薬に対する耐性】耐性は程度の問題。 ある菌は生来耐性を持ち(感受性を持た ないか、あるいは抗菌薬を透過させない)、ある菌は耐性を与えられる。 ブドウ球菌 を黄色ブ菌(Staphylococcus aureus)と表皮ブ菌(S. epidermidis)に分類する基準は **コアグラーゼ産生能とマンニット分解能**。 コアグラーゼを産生しない表皮ブ菌の多く <mark>は本来多剤耐性*1</mark>で **MRSE**(Methicillin Resistant Staphylococcus Epidermidis、白色ブ ドウ球菌) あるいは CNS (Coagulase Negative Staphylococci) と呼ばれる。 メチシ リン耐性でプラスチックに高い親和性を示し、グリコペプチド (バンコマイシンやテイ コプラニン)+アミノグリコシドが必要となる<mark>カテーテル関連血流感染</mark>(Catheter Related Blood Stream Infection: CRBSI) の代表的原因菌(もう1つは真菌のカンジダ で皮脂にくるまれた垢の中に存在し、皮下埋め込みポートの穿刺時、アルコールで拭い た程度では除去されない垢が針先によってポート内に押し込まれ、ポートの高栄養液中 で繁殖する)。 皮膚常在菌である CNS は皮脂をグリセリンと脂肪酸に分解して皮膚 の保湿、弱酸性の維持。CNS が MRSE (耐性菌) でないと β ラクタム剤使用のたびに ヒトは激烈な皮膚炎症と破壊を経験する。 細菌には本来自然耐性があるのを知らない と、耐性菌を見るたびに大騒ぎになる。 細胞壁を持たない菌、結核菌のように透過性 の低い細胞壁を持つ菌、細胞内微生物 (レジオネラ、マイコプラズマ、ブルセラ) はβ ラクタム環に耐性(無効)。従来耐性であった緑膿菌に対して抗菌力を持つ PIPC が開 発された。 β ラクタム薬耐性には3つのメカニズムがある。 $\mathbb{O}\beta$ ラクタマーゼによる ラクタム環の開環、**グラム陰性菌**ではβ**ラクタマーゼ**はペリプラズム空間で高濃度か つ有効に作用し、陽性菌では菌集落の外に分泌される。 ②標的部位の変化による耐性 獲得はペニシリンと結合する蛋白(PBP)の変異による。 mecA 遺伝子を持つ MRSA と MRSE はペニシリンと結合しにくい新しい PBP2' (Penicillin Binding Protein 2 prime) を産生し、この PBP2'により細胞壁合成を続けることができる。 ③標的に到達しにく く、あるいは排泄されやすくするメカニズムでポーリンの変化など。 **糖ペプチド**(バ ンコマイシン) は細胞壁合成の初期に原材料であるペプチドの合成を阻害するので、ペ プチドグリカンの**細胞壁に取り込まれた後**に開環するβラクタム環 (ペニシリン系) と の併用は無意味。 【β **ラクタマーゼ**】β ラクタマーゼは何百種もあり、自然界の蛋白分 解酵素 (protease) の一種。 ペニシリンやセファロスポリン誘導のβラクタマーゼは ペニシリンやセファロスポリンを標的とするが(Ambler の分類)、プラスミドで広域 性を獲得。 現在、世界中で肺炎桿菌 (Klebsiella pneumoniae)、Klebsiella oxytoca、大 **腸菌**では **ESBL** (extended spectrum β-lactamase) が一般的*5 (カルバペネムは有効)。 反応中心のセリンの代わりに Zn 原子をもつメタロβラクタマーゼや AmpC 形βラクタ マーゼはカルバペネムも分解。【β ラクタマーゼ阻害剤】カルバペネムは通常のβラクタマ ーゼには安定、それ以外はクラブラン酸、スルバクタム、タゾバクタムなどβラクタマーゼ阻 害剤と併用(但し、ESBLにゾシンはカルバペネムより死亡率が 1.9 倍高かったデータあり)。

^{*1} ミムス「微生物学」p405 *2 「血管内留置カテーテル由来感染の予防のための CDC ガイドライン 2011」でも皮下 完全埋め込みポート (セプタムポート) は感染が少ないとされるが、週 2 ~ 3 回の抗がん剤の投与の場合はそうであろう。 少し考えればわかるが IVH の場合はヒューバー針を 24hr 留置すれば埋め込みのメリットはないはず。 個人的 印象ではカンジダ、CNS による CV ポート感染は多い。 ポートの上の皮膚はアセトンで皮脂をとり、アルコールで消毒、後にコールド・クリームを塗って保護する(クローン病などで夜 6 時間の IVH の時)。 *5 ハリソンV p1058