

非結核性抗酸菌症の診断と治療は今、どうなっているのか？ ～生物学的製剤使用時の対応を含めて～

東北大学加齢医学研究所 抗感染症薬開発研究部門

渡辺 彰

わが国では、結核患者の順調な減少に反比例する形で非結核性抗酸菌症（以下、NTM症）患者が増加している。しかも、従来みられた男性に多くて予後不良、かつ上葉優位で結核後遺症の形を取ることの多い線維空洞型（FC型）よりは、先行病変に乏しく緩徐に進行し、かつ中高年女性の中葉・舌区に多い結節・気管支拡張型（NB型）が増加している。原因菌の分布は各国間で微妙に異なっており、わが国では*M.avium*と*M.intracellulare*（一括して*M.avium* complex；MAC）がNTM症の7～8割を占め、次いで1割前後を*M.kansasii*が占めている。*M.kansasii*症の治療は結核の治療に準じて行って反応性は良好であるものの、NB型に多いMAC症では、診断も治療も困難なことが多い。特に治療面では、同じ薬剤を投与しても、排菌がすぐ停止して順調な経過を辿る例から治療が全く奏効せず急速に進行して不幸な転帰をとる例まで様々であり、事前に治療反応性や予後を見極めることは困難である。

わが国のNTM症の診断基準と治療基準は変遷を重ねてきた。診断基準は現在、2008年の日本結核病学会のものが用いられているが、これは2007年のATS/IDSAの診断基準を受けて改訂されたものである。わが国では以前、contaminationやcolonisationを排除して診断を確実にを行うために診断基準を厳密にしていたが、一方で軽症例が見逃されやすくなっていた。これに対し現行の診断基準は、確実な治療を行うために軽症例を極力拾い上げようとするものと言える。しかし、これに伴って問題も発生している。診断基準から「臨床症状あり」の一項が外されたため、治療を開始する時期の決定が難しくなったのである。診断確定＝治療開始ではなく、治療をいつ開始するか？については担当医の臨床判断に委ねられることになり、現場には困惑がある。

もう一つ、別の問題も起こっている。この10年来、関節リウマチや炎症性腸疾患、乾癬、その他の免疫性炎症性疾患に対する治療薬としてTNF阻害薬を中心とする生物学的製剤がわが国にも導入され、結核と共にNTM症の合併が目立つようになったのである。結核に関しては、生物学的製剤投与前のスクリーニングと有所見例への抗結核薬予防投与で合併が抑えられるようになったが、NTMに関しては日本リウマチ学会が、有効な薬剤が乏しい等の理由でNTM菌検出例に対するTNF阻害薬の投与を原則禁忌としたこともあり、現場での困惑は大きい。これについては今春、日本呼吸器学会が「生物学的製剤と呼吸器疾患 診療の手引き」を発行し、一定の条件を満たす例では生物学的製剤の投与が可能である、と提案している。

セミナーでは、研究グループの菊地が開発した*M.avium*菌株のVNTR解析による治療反応性の予測法を紹介するとともに、生物学的製剤使用時のNTM症への対応の在り方についても紹介する。

〔共催：第一三共株式会社〕