

散発下痢症患者由来からのカンピロバクター検出状況及び疫学解析

Epidemiological Study of *Campylobacter* Isolated from Patients
with Sporadic in Miyagi

小林 妙子 小泉 光 坂上 亜希恵 中村 久子 渡邊 節
Taeko KOBAYASHI, Hikari KOIZUMI, Akie SAKAGAMI,
Hisako NAKAMURA, Setu WATANABE

最近の日本における統計が出ていましたので掲載いたします

表 1 菌種の同定結果

菌種	株数	(%)
<i>C.jejuni</i>	206	(83.8)
<i>C.coli</i>	38	(15.4)
他の <i>Campyrobacter</i> 属菌	2	(0.8)

カンピロバクターは主に上記の2種類です。
Coilは豚でjejuniは鶏に多いようです。
臨床症状は大差はないようです。

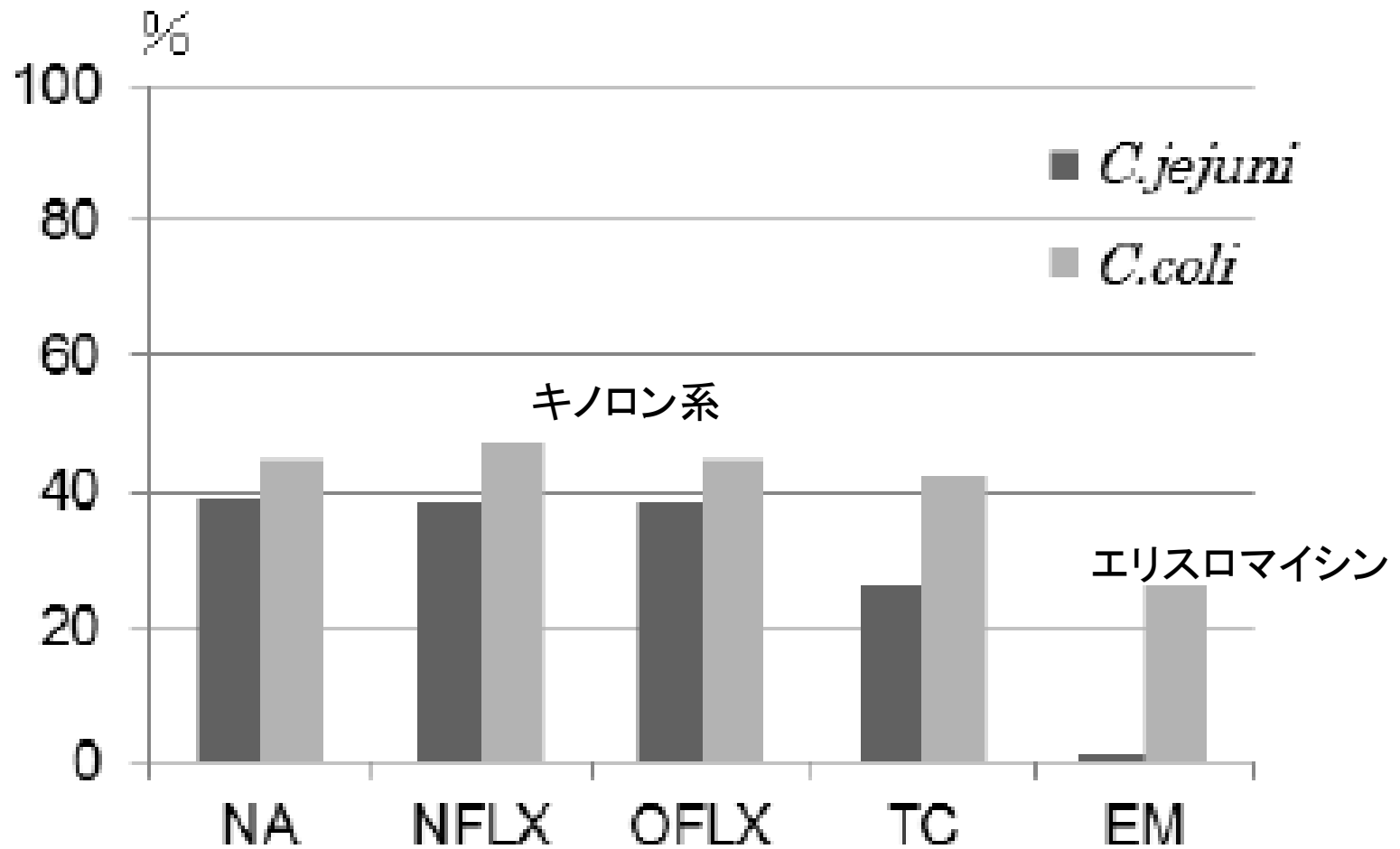


図 3 薬剤別耐性率

キノロン系は40%程耐性化が進み、エリスロマイシンは良いようです。

=原 著=

冷凍処理による鶏肉中での カンピロバクター汚染低減効果に関する検討

朝倉 宏^{*1,†}・山本詩織^{*1}・橘 理人^{*1}・
吉村昌徳^{*1,2}・山本茂貴^{*3}・五十君静信^{*1}

(^{*1}国立医薬品食品衛生研究所, ^{*2}日本冷凍食品検査協会関西事業所, ^{*3}東海大学)

(受付: 平成27年4月 3日)

(受理: 平成27年7月30日)

汚染には鶏のブロイラーでの飼育が問題の様で、鶏肉の多くは現在輸入に頼っており、冷凍保存で輸送するので、輸入品の方が却って汚染が低下しているようです。

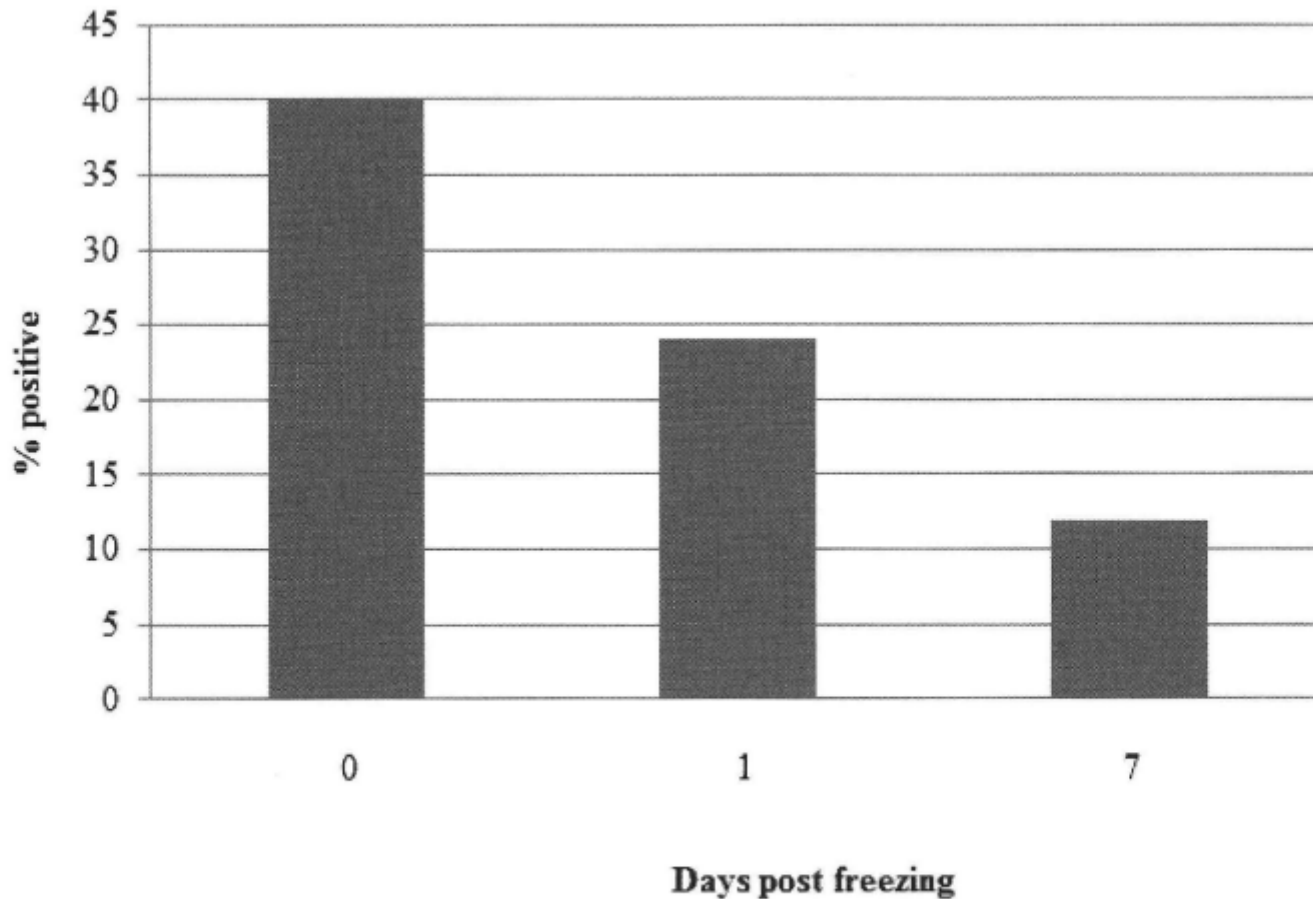


Fig. 3. Detection of *C. jejuni/coli* from naturally-contaminated minced chicken meats in treatment with freezing at -20°C for 0 (non-frozen control), 1 and 7 days. Each groups are consisted of 50 samples, respectively. The group of day 0 (non-frozen control) exhibits 40% positivity for *C. jejuni/coli*.

冷凍の期間が7日間で10%まで低下するようです。
チルドは効果が落ち、勿論冷蔵庫だけでは効果なしです。
家庭内では加熱が基本です。

腹部症状を呈さなかった *Campylobacter jejuni* 菌血症の 1 外来治療例

宮 本 恭 兵

要旨：【症例】76歳，男性，2月某日，3日前からの悪寒のため当院外来を受診した。体温39.3℃，血圧146/70mmHg，心拍数126回/分で全身状態は良好だった。発熱以外の症状はなく身体診察でも特記すべき所見を認めなかった。血液培養を採取しアセトアミノフェン内服で慎重に経過観察とした。初診6日後，血液培養からグラム陰性らせん菌が検出された。同日再診としたが，やはりその他の症状は認めず，アモキシシリン/クラブラン酸による内服治療を開始した。初診11日後 *Campylobacter jejuni* と同定，薬剤感受性試験の結果からクラリスロマイシンに変更し，合計4週間の内服治療を終え終診とした。【考察】腸炎の起炎菌となる *Campylobacter jejuni* は時に菌血症を起こすことが報告されているが，消化器症状を伴わないことは少ない。本症例は血液培養が適切な診断，治療に役立った。局所症状に乏しい発熱患者では全身状態が良好でも血液培養を積極的に採取することが重要であると考える。

キーワード：*Campylobacter jejuni*，菌血症，血液培養

A case of *Campylobacter jejuni* bacteremia without any abdominal symptoms

Kyohei Miyamoto : Kitayama Clinic

国保北山村診療所 [現在，和歌山県立医科大学医学部助教 (救急集中治療医学講座)]

日医雑誌 第144巻・第1号/平成27(2015)年4月

血液培養でのみ診断が確定した症例もありました。

Campylobacter 腸炎の内視鏡所見

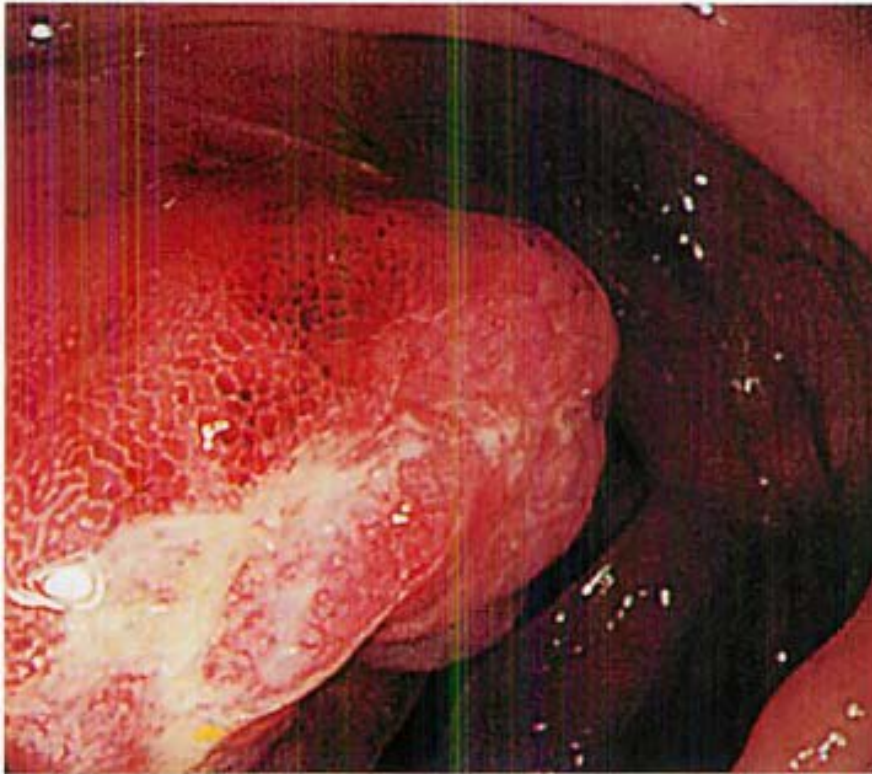


図1 下部消化管内視鏡画像
回盲弁直上に潰瘍形成を認める。血管透見像あり。

大腸ファイバーで回盲部弁に汚い潰瘍があればカンピロバクターを疑います。

Complications

Acute onset — Acute complications of *Campylobacter* enteritis include [4]:

- Cholecystitis, with or without preceding diarrhea [32].
- Peritonitis in patients on continuous ambulatory peritoneal dialysis, usually with preceding diarrhea [33,34].
- Rash (such as urticaria, erythema nodosum, vasculitis, cellulitis) [35].
- Septic pseudoaneurysm [36].
- Pericarditis and myocarditis [37-39]. The typical clinical presentation involves acute chest pain, with electrocardiogram changes, and elevated levels of cardiac enzymes, in association with antecedent or coincident enteritis.

Late onset — There are two major late onset complications of *Campylobacter* infection: reactive arthritis and Guillain-Barré syndrome (GBS).

Uptodateより引用しました。合併症としては
胆嚢炎、腹膜炎、皮膚症状(蕁麻疹、結節性紅斑、蜂窩織炎用、血管炎)
心外膜炎など
遅れてくる合併症では有名なギランバレー、関節炎

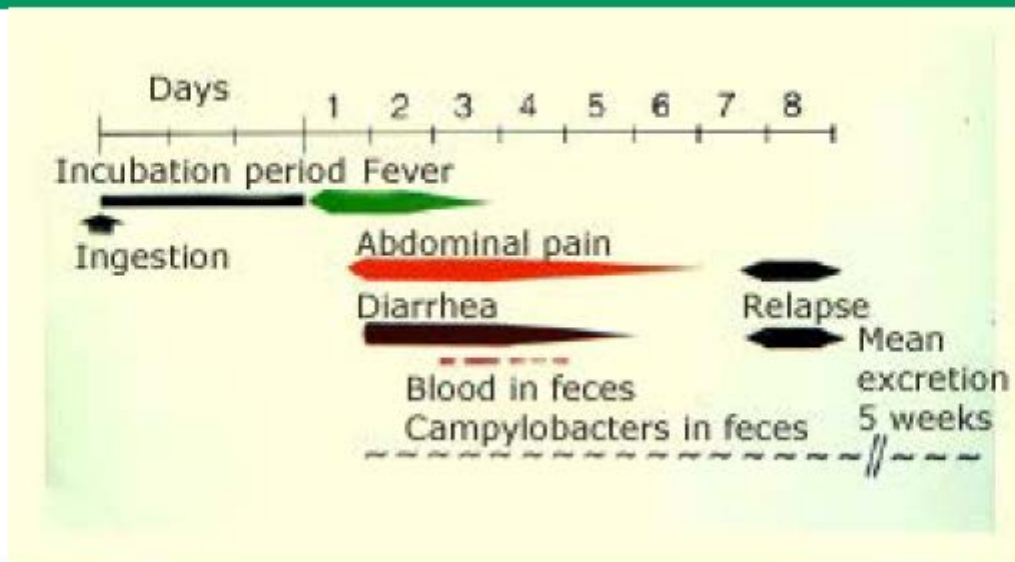
Antimicrobial therapy

Indications — The efficacy of antimicrobial therapy for *Campylobacter* infection has been addressed in a small number of randomized trials. A meta-analysis of 11 small randomized trials noted that antimicrobial therapy reduced the duration of intestinal symptoms by only 1.3 days (95% CI 0.6-2.0 days) [68]. There was a nonsignificant trend toward greater benefit for patients treated within the first three days of illness.

Given the self-limited nature of most *Campylobacter* infections and the limited efficacy of routine antimicrobial therapy, treatment is warranted only for patients with severe disease or risk for severe disease. Patients with severe disease include individuals with bloody stools, high fever, extraintestinal infection, worsening or relapsing symptoms, or symptoms lasting longer than one week [66]. Those at risk for severe disease include patients who are elderly, pregnant, or immunocompromised.

治療に関しては消極的です。自然に治癒するし抗生剤を服用しても症状の緩和にはせいぜい1.3日しか軽減されないとしています。
よって発熱、血便、合併症、再発性の場合が治療の対象としています。
私の戦略とは若干異なります。

Timeline of a typical attack of Campylobacter enteritis



潜伏期は3日、発熱も約3日、1週間後に再発もあり、
治癒しても細菌の排出は5週間続きます。

Person-to-person transmission — Although person-to-person transmission of *Campylobacter* infection is unusual, all persons (and especially those who have diarrhea), should wash their hands after using the bathroom. Persons with diarrhea should avoid preparing and handling food until their illness resolves. To date, there have been no reports of transmission of *Campylobacter* infection by asymptomatic excretors. Asymptomatically infected food handlers or hospital workers need not be excluded from work. However, the importance of hand washing should be emphasized.

だからと言って、医療従事者も含めて一般に症状が消失すれば勤務に復帰しても構わないとしています。
但し、手洗い励行は当然です。

感染症 外来の 事件簿



岩田健太郎

亀田総合病院総合診療感染症科部長・感染症フェロースHIPプログラムディレクター・感染管理室長

医学書院

私とほぼ同じ見解でしたので掲載します。

抗菌薬の選択

抗菌薬は症状を抑え、症状のある日数を数日少なくするために用いられる。死亡率などに差はないので、そういうインパクトは小さい。だが、自ら罹ってみればわかるが、下痢が1日でも早く治ることは患者さんにとって、とても大事なことだ。この「患者側の価値観」を大事にし、しっかり治療していただきたい。

主な治療薬としては、ST 合剤、ニューキノロンなどがある。患者が途上国に旅行している場合は、ST 合剤耐性菌が多いため、ニューキノロンを用いることが多い。そのキノロンも *Campylobacter* では耐性が多く、この場合はアジスロマイシンなどのマクロライドを用いる。ただし、エリスロマイシンはそれそのものが下痢を起こすことが多いので、筆者は勧めない。

現場に即したアプローチを

最後に、下痢に対する現場のアプローチとして、表6の3つの質問を自分に問いかけてみるとよいだろう。一般外来、救急外来ともにこの3つの質問は現場のマネジメントで役に立つはずだ。

②についてはすでに記載した。①は、要するに細菌性腸炎を疑った場合にとる。疑った場合にとり、疑わない場合はとらない。抗菌薬が入っていないことが望ましいことは言うまでもないが、多院でキノロンが入っていて症状がとれない、かつ(キノロン耐性であることが多い)*Campylobacter*を疑えば、便培養を取る。*Campylobacter*を疑う場合は、検査室にその旨連絡すること。Microaerophilic といって、*Campylobacter*では、少しだけ酸素の入った特殊な環境下での培養が必要になる。筆者が他施設にて「便培養陰性」で、カンピロねらいで培養し直したら陽性だったことがある。

表6 下痢で大事な3つの質問——患者にではなく、自分に問いかけるためのもの

- ① 便培養は必要か
- ② 抗菌薬は必要か
- ③ 止痢薬は必要か