結核・非結核性抗酸菌症診療の最新情報（Ⅱ）

非結核性抗酸菌症の診断

結核予防会複十字病院臨床研究アドバイザー
倉　島　篤　行
（聞き手　齊藤郁夫）

齊藤　非結核性抗酸菌症の診断ということで、倉島先生におうかがいいたします。

これはどういう病気なのでしょうか。

倉島　この病気は、以前はあまり注目されていなかったのですけれども、最近は、どういうわけか、特に中高年女性に多く広まっているということで、次第に注目されている疾患です。

この病気を起こす菌ですけれども、結核菌はご存じのようにヒトからヒトへうつるのですが、環境中にはいない菌です。しかし、この非結核性抗酸菌は環境中によく見つかる菌です。結核菌は細かく分けても数種類しかないのですが、この菌は150菌種以上もあります。

その中でも、世界じゅうで一番よく見つかる菌がマイコバクテリウムアビウムコンプレックスという菌でして、日本のこの病気の約８割はこの菌によって起きています。それ以外に、例えばマイコバクテリウムカンサシとかアブセサスとかいう菌もありますが、圧倒的に多いのはこのマイコバクテリウムアビウムコンプレックス、略してMACという菌でして、温水とか、土壌、そういうものの中にあり、ヒトに感染すると考えられています。

齊藤　環境といいますと、土と水ですか。

倉島　そうです。

齊藤　水も温水ということになりますか。

倉島　そうですね。温水のほうが多い。

齊藤　お風呂などになりますか。

倉島　そうですね。お風呂でも、明らかに危険とわかっているのは24時間風呂でして、このフィルターの中には非常にたくさんいるということがわかっています。しかもそれがヒトにうつり疾患を引き起こすということもわかっています。

齊藤　患者さんの数はどういう状況になっているのでしょうか。

倉島　結核と違って正確な疫学統計がないので、推定数字ですが、日本で

は1970年代に罹患率で人口10万対１程度しかいなかったのですけれども、現在では人口10万対９とか10のレベルまでおそらく上昇している。つまり、この間に約10倍に増えているわけです。ほかの国でもこの10年間で倍以上増えている国が多いのですが、日本ほど増えている国はないというのが今の状況です。

齊藤　先進国で増えているということですか。

倉島　そうですね。

齊藤　結核は減ってきているということでしょうか。

倉島　結核は、全世界的にはまだ減っていないのですが、日本では人口10万対、塗抹陽性結核の罹患率は6.5くらいになっていますから、今どこの病院でも呼吸器外来に訪れる抗酸菌塗抹陽性の患者の中で結核よりもこの病気の患者さんのほうが多くなっているというのが実情だと思います。

齊藤　診断はどのようにするのでしょうか。

倉島　これがちょっと結核菌と違うところがあります。結核菌の場合は環境中には全くいない菌ですから、その人の痰から１回でも見つかれば、それで確定診断ですが、この病気の場合は環境中に時々見つかる菌ですから、ヒトのサンプルからこの菌が１回出たからといって、この病気として確定診断するのはかなり問題があります。したがって、日本で2008年につくられた診断基準でいきますと、喀痰だったら２回、この菌が検出されないと、確かにこの病気とはいえませんよということになっています。

それから、例えば気管支鏡を使って、この病気を疑われている病巣から材料を取ってきて菌が見つかった場合は１回でもいいですよという診断基準になっています。

齊藤　細菌学的な手技としては、培養ですか。

倉島　そうです。培養で確認するということを条件にしています。

齊藤　DNAの検査はどうですか。

倉島　DNAは菌種を同定するうえでは非常に役立つのですが、生きた菌がその人の体の中にいるということを証明することは、DNAだけではできません。死菌でもDNAだったら出ます。

齊藤　画像はどうなのでしょうか。

倉島　この病気の画像も、ある特定のパターンが多い。結核とはいろいろな点で違うところがある。例えば、一般的結核は肺の上のほう、肺尖部とかそういうところに多いのですけれども、この病気は圧倒的に肺の真ん中、中葉とか舌区に多いのです。ですから、結核とは部位も違うし、病巣のパターンも、結核の場合、いきなり空洞が写ることもけっこうありますけれども、この病気は細気管支の分岐状の陰影と限局性の気管支拡張という独特なパター

ンが写ることが圧倒的に多いので、CT画像上でこの病気を強く疑われるということがしばしばあります。

齊藤　日本では今CT健診もかなり行われていますけれども、そこで見つかる方がいらっしゃるのでしょうか。

倉島　日本はCTの台数が世界で最も密度が高い国ですから、CT健診とか人間ドックとか、ほかの国ではまず行われないような診断アプローチが日本はかなり普及していまして、それで見つかる例はかなり多いわけです。健診で画像所見が見つかって、本人は何も症状がないにもかかわらず、気管支鏡でこの菌が見つかって、確定診断まで至るという例数がかなり日本は多いといえます。

齊藤　日本の特徴として、早期に無症状の段階で見つかってしまう患者さんが多いということですね。これは気管支鏡までいくことが多いでしょうか。

倉島　本人も自覚症状がないし、病変も非常に微細、微小な場合は、もちろん３～４カ月に１回とか半年に１回、ずっと観察を重ねていく、そういう例もかなり見られます。

齊藤　治療をするかどうかの判断はどうするのでしょうか。

倉島　日本のように、無自覚症状で確定診断までいく人がかなりいて、しかもこの病気の治療は一種独特で、100％殺菌的な効果がある薬剤はなく、静菌的な作用しかない薬を３つぐらい組み合わせて、長期投与を行うというのが治療の国際的なスタンダードですから、これをすべての患者さんに、例えば80歳ぐらいでそのような病気が見つかった人に３種類もの薬剤を大量に長期に使っていいのか。いろいろ副作用も出てくるかもしれない。

それに、この病気は結核と違ってヒトからヒトへ伝染する可能性はないわけですから、迷惑もかけない。また、この病気自体の進行は非常にゆっくりで、５年とか10年単位で進行していくような病気ですから、80歳くらいの方にすべてその多剤併用療法をしなければいけないかというと、臨床の現場では様々な判断があり得ます。ですから、診断基準の中でも、診断がついたからといって、すべてにすぐ治療をする必要はないということになっています。

齊藤　どうもありがとうございました。