

小児の結膜炎治療

順天堂大学眼科助教

根岸 貴志

(聞き手 山内俊一)

小児（新生児・幼児）の結膜炎の治療について、ニューキノロン系薬をファーストチョイスしてよいか否かご教示ください。

<北海道開業医>

山内 根岸先生、まず、子どもに対するニューキノロンの内服、点滴というのはだめなのでしょうか。

根岸 基本的には小児科の先生はニューキノロンの点滴、内服を禁忌と考えているようです。というのは、動物実験において関節異常が認められているというのが第一の理由です。しかしながら、点眼では最高血中濃度が内服の1,000倍ほど濃度が薄いことがわかっているため、同様に単純に禁忌とする理由には乏しいと考えています。

山内 ニューキノロンにも種類がありますが、そういったものも含めていかがでしょう。

根岸 例えば、トスフロキサシンのように小児に対する臨床調査を行って、新生児を含めた小児に処方可能なニューキノロンの点眼薬もあります。ト

スフロキサシンは内服でも小児科の先生は多くお使いだと思いますので、ニューキノロンが一律だめということではないのはよくご存じのとおりだと思います。

山内 これらの薬剤も発売されてからかなりの年数がたちますが、実際の使用経験からいかがなのでしょう。

根岸 例えば、オフロキサシンですと、リリースされてからもう30年近く経過していますが、実際に臨床で、小児に対して大きな副作用が出たということは報告されていません。

山内 海外のデータが中心なのでしょうが、実質的にはあまり禁忌ではないと考えてもよいという状況ですね。

根岸 そのとおりだと思います。

山内 この質問の、もう一つ大きな要点になるかと思いますが、子どもさ

んの充血とか目やに、こういったものを見た場合に、単純に細菌性結膜炎と考えていいのかという問題があるかと思いますが、これはいかがなのでしょう。

根岸 一般的に細菌性結膜炎が起きた場合には、健常な小児では抗生剤の点眼を行わなくても自然に軽快するという報告もあります。例えば抗菌薬の点眼とプラセボの点眼で、1週間後の治癒率がほとんど差がなかったというような報告もあります。

山内 そうしますと、抗菌薬というのはいらないと考えてもよろしいのですか。

根岸 そういうわけではないと思います。もちろん、抗菌薬を使いますと症状の持続期間が短くなります。使うと3日ぐらい、使わなくても5日ぐらいで軽快することがあります。そのため、小児の細菌性の結膜炎は、ほとんどが1週間以内に何らかのかたちで軽快するというものですから、漫然と抗生剤をずっと使い続けるというのは控えるべきではないかなと考えています。

山内 実際の点眼の効果といったあたりをご紹介願えますか。

根岸 市販されている5mlの点眼薬1本には、両眼に1滴ずつ使用した場合、1日4回の点眼で125日分が内包されています。ですので、嫌がる小児に対して1回1滴というのは難しいかもしれませんが、少なくとも1本使い

切るうちに軽快しないようであれば、ほかの原因を探ったほうがいいのではないかと考えています。

山内 点眼液を1本使い切っても軽快しない場合はどういったものが考えられるのでしょうか。

根岸 充血、目やにをきたすような原因としては、感染性の疾患としては細菌性、ウイルス性、まれに真菌性というものがあります。また、アレルギー性結膜炎という病態もあります。実際にはアレルギー性が一番多いということです。ほかには、強膜炎とかぶどう膜炎というような、もう少し複雑な病態もありますし、例えばですけれども、逆さまつげとか、鼻涙管閉塞という状態でも目やにが増えることになると思います。

山内 アレルギー性が多いということですが、細菌性とアレルギー性は簡単に鑑別できるものなのでしょうか。

根岸 基本的には、アレルギー性結膜炎ではかゆみが先行するのですが、お子さんの場合にはかゆみを直接訴えないケースもありますので、初発症状から区別するのはなかなか難しいと思います。

山内 細菌性なのだけでも、なかなか治らないこともあるかと思われませんが、この場合、どんなものかを考えたらよろしいでしょうか。

根岸 一つには、細菌が抗菌薬に対して耐性を持ってしまっている状態。

あとは、目やにが流出路障害によって鼻涙管の中にたまってしまっていると、かなり目やにが遷延すると思われます。

耐性菌に関しては、最近、その拡大が指摘されていますけれども、2011年に報告された過去5年のスタディでは急速な耐性化は認められないと眼科領域では言われています。しかしながら、目やにが遷延する場合には、培養、また感受性試験が必須であると思います。

ほかに鼻涙管閉塞による流出路障害がある場合には、盲端となった鼻涙管内で細菌が増殖することがありますので、目薬がとても効きにくい状態になってきます。鼻涙管を開放する処置がありますが、それを行うか、マッサージを行って少し経過を見ていくかというのを、月齢、症状を照らし合わせながら、眼科の先生と考えていくことが必要ではないかと思えます。

山内 そういった場合の原因菌で特に多いものは何かあるのでしょうか。

根岸 細菌性結膜炎全体の原因としては、乳幼児ではインフルエンザ桿菌、5～10歳ぐらいですと α 連鎖球菌や肺炎球菌、それ以上でブドウ球菌が一番多いパターンと考えられています。ニューキノロン系の点眼薬はいずれに対しても高い感受性を持っています。

山内 細菌性結膜炎で特に注意しなければならない病態というといかがなのでしょう。

根岸 特に注意しないといけない病

態としては、新生児の結膜炎があると思います。新生児の細菌性結膜炎で要注意なのは、淋菌とクラミジアが原因菌として挙げられます。

淋菌性結膜炎は急激に進行して角膜を融解し、半永久的な視力障害をきたしてしまいます。淋菌は近年、ニューキノロンに対して耐性を持つ場合が多いので、鏡検培養で疑われる場合には、ニューキノロンではなく、セフェム系の抗菌薬が第一選択となってきます。多量のクリーム状の目やにが出るので、見分けるのはそれほど困難ではないのではないかと思います。

山内 もう一方のクラミジアのほうはいかがでしょうか。

根岸 クラミジアですと、一般的には内服でマクロライド、テトラサイクリンというものが有効ですが、点眼になりますと、ニューキノロンが手に入りやすいので、そちらが第一選択になってくるかと思えます。しかし、クラミジアの場合にはニューキノロンの点眼を1時間ごとに継続して行わないと有効ではないと報告されていますので、膿性の目やにが大量に出るような場合には、1日4回という通常の処方以上に回数を増やす必要があると思います。

山内 どちらもなかなか厄介な病気なのですね。

根岸 はい。ただ、発症年齢や目やにの性状が特徴的ですので、一般の小児科の先生も重症と判断して眼科へ紹

介しやすいのではないかと思います。

山内 現状ではそういった治療法によって、失明に至るようなことはもうないのでしょか。

根岸 近年では非常にまれだと思います。

山内 あと、非常に有名なものですが、流行性の角結膜炎というのがありますね。これはいかがなのでしょう。

根岸 流行性角結膜炎はアデノウイルスによりますので、抗菌薬はもちろん奏効しません。非常にうつりやすい病態ですので、学校保健安全法でも出席停止を命じられてしまうような病態です。臨床の現場では、実際には抗菌薬とステロイドを用いて、ウォッシュアウト効果と混合感染の予防を狙うことで処方されやすいのですけれども、こちらも通常1週間程度で何もなくても軽快しますので、遷延する場合に

は別の病態を疑うことが必要ではないかと思ひます。

山内 これも最初のときに鑑別するのはなかなか難しいということですか。

根岸 そのとおりです。充血と目やにだけではなかなか判断しにくいと思ひます。

山内 まとめますと、一般に第一線の先生方がニューキノロンを使われることに、そう大きな問題はないと考えてよろしいわけですね。

根岸 大きな副作用を起こす薬剤ではありませんので、1本までであれば全く問題ないといえると思ひます。しかしながら、1週間以上遷延するような目やにや充血に対しては、眼科で原因を探って、ほかの疾患の可能性がないかどうか確認することが重要だと思ひわれます。

山内 ありがとうございます。