

多剤耐性結核について

従来の薬が効かず、世界保健機関(WHO)が警告を発している治療不可能な結核菌が、日本でも最近検出されました。戦後の医療技術の進歩で結核はもはや撲滅された「過去の病気」と思われていましたが、日本の結核罹患率はカナダの4.5倍、米国の4.4倍と非常に高く、国際的には「結核“中”蔓延国」と言われています。

関係者の間では、薬の効かない結核が各地で発症していることは知られていましたが、その存在が明らかになったことにより、改めて問題視されるようになりました。

薬が効かない結核は、超多剤性結核(Extensively Drug-Resistant Tuberculosis -XDR-TB-)と呼ばれています。結核に効き目が強い第一選択薬のうち、イソニアジドとリファンピシンに耐性を持つものは、多剤性結核(Multiple Drug-Resistant Tuberculosis-MDR-TB-)と呼ばれますが、XDR-TB はこの二種類以外にも補助的な第二選択薬(6種類)のうち、3種類以上に対して耐性があるものをいいます。

日本の XDR-TB の存在は結核研究所の調査で明らかになりました。99カ所の結核治療施設の入院患者 3,120 人の結核菌を調べたところ、MDR-TB が 55 人から見つかり、その中 17 人が XDR-TB と判明しました。

結核菌が耐性を持つようになるのは、途中で薬の服用をやめる治療の中断が主な原因と見られています。通常結核の治療期間は 6 カ月を必要とするといわれていますが、2 週間ほどで症状が消え、仕事ができようになるため、完治しないままに、ここで治療を中断してしまうからと見られています。

MDR-TB 患者のうち 7 割は治癒可能と見られていますが、残りの 3 割が手の施しようのない XDR-TB 患者で、その数は全国に約 500 人いるとみられています。

XDR-TB に対する抗結核薬はまだ開発されておらず、いまのところ化学療法を導入する前の自然治癒に頼るしかない、といわれています。栄養分のあるものを食べ、日光浴を十分に引き、時間をかけて養生するしかないということです。

アフリカ、アジアの発展途上国では、特に HIV/AIDS と MDR-TB、XDR-TB の重複感染が増大しており、この場合の死亡率が非常に高く、大きな問題となっています。

活動性肺結核の診療は、直接顕微鏡検査による喀痰中の結核菌単離、培養、PCR

(Polymerase Chain Reaction, 喀痰中の結核菌の DNA を検出する方法)などの新技術に基づいています。結核検出には喀痰1mlあたり 5,000～10,000 の菌が必要とされ、喀痰中の菌が少ない初期の肺結核患者、HIV 重複感染者、小児患者の検査の感度は低下します。そこで、より新しい結核の検査方法として薬剤感受性試験があります。感染の確認から完治に至るまでの間、耐性菌の発現を防ぐ目的で一般に複数の薬剤が投与されます。治療に効果のある薬剤を特定するのが薬剤感受性検査で、結核菌が医薬品に対して反応するか否かを確認します。これに MGIT や BACTEC などの迅速自動化システムを使用して行なうことが可能となりました。MGIT 迅速培養検査は、MSF(国境なき医師団)によるロシアのケメロボ刑務所や既存の改良された検査室で検査が実施されました。その結果は良好であり、直接および間接 MGIT システムの結果は従来の培養や DST と比較して精度は 95～97%でした²。利点は結果が出るまでの早さです。培養では2～3カ月必要とされていましたが、MGIT ではわずか9～15日で結果が出るようになりました。

出展:

1. 2006 年結核発生動向調査集計結果(厚生労働省調べ)
2. 国境なき医師団「必須医薬品キャンペーン」、他