

福井県内科医会学術講演会座長コメント（令和 5 年 5 月 13 日）

「肺非結核性抗酸菌症の現状と今後の展望」

福岡大学医学部呼吸器内科学教授 藤田 昌樹 先生

肺非結核性抗酸菌症 (nontuberculous mycobacteria: NTM) 患者は年々増加している。肺 NTM 症の 9 割は *M. avium-intracellulare* complex (MAC) による肺 MAC 症であり、日常診療において、内科医が遭遇する機会の多い疾患である。令和 5 年 5 月 13 日に開催された学術講演会では福岡大学医学部 呼吸器内科学 教授 藤田昌樹先生に「肺非結核性抗酸菌症の現状と今後の展望」についてご講演を賜った。以下にご講演の要旨を記載いたします。

肺 MAC 症に占める *M. intracellulare* の割合は西南日本で高く、東日本では *M. avium* の割合が高い。そのほかでは、*M. kansasii* は近畿地方、*M. abscessus* は九州沖縄地方に多く、*M. abscessus* は *M. abscessus*、*M. massiliense*、*M. bolletii* の亜種に分けられ、薬物治療の反応性が異なる。

画像上、肺 MAC 症は線維空洞型（FC 型）と結節・気管支拡張型（NB 型）に分けられるが、FC 型では 10 年で 40%が死亡する重篤な疾患であり、FC 型は、やせ型に多く、CRP が増加し、特にアスペルギルス症を合併すると 5 年生存率が 60% まで低下する。関節リウマチ患者では肺 MAC 症を合併する場合

があるが、肺に空洞がなければ関節リウマチに対して生物学的製剤を使用することは可能である。逆に NB 型では病変が 58.6%の患者では進行し、41.4%の患者では進行しない。41.4%のうちの52.2% は病変が消失する。NB型ではMACによる再感染はあり得る。FC 型では特に薬物治療を必要とするが、薬物治療は菌陰性化後 15 カ月～18 カ月までできることが望ましく、菌陰性化は予後改善に繋がる。MAC のクラリスロマイシン (CAM) 以外の薬剤の薬剤感受性試験の結果の解釈について質問させていただいたが、エタンブトール (EB) は薬剤感受性試験の結果に関係なく、耐性化を防ぐために、CAM、リファンピシンと併用すべきであることをご教示いただいた。状況に応じて、アミノグリコシドの併用、フルオロキノロン (シタフロキサシンはレボフロキサシンよりも有効) などの使用も考慮する。

年齢、副作用などのために多剤併用の薬物療法が困難な場合やあまり、病気の進行がゆっくりの NB 型で低用量のエリスロマイシンの単剤投与を行うことについて質問させていただいたが、MAC の再感染を予防する可能性があるので、行うことには意味があるとのことのご意見であった。

最近、アミカシン (AMK) リポソーム吸入懸濁液が肺MAC 症で使用可能となったが、その根拠となった CONVERT 試験についてもご紹介いただいた。この試験では 6 ヶ月以上の標準的薬物治療で培養陽性が持続している成人 MAC 症

患者を対象に、ガイドラインに基づいた薬物治療に AMK リポソーム吸入懸濁液治療を加えた場合の喀痰中 MAC 培養 3 回連続陰性化がプライマリーエンドポイントに設定された。その結果、標準的薬物療法に AMK リポソーム吸入懸濁液治療を追加することで 6 ヶ月目までの喀痰陰性化率は改善した。

その他、M. abscess の薬物治療についても解説いただき、M. abscess は上記のように亜種までの同定が重要であるが、マクロライド感受性菌であればイミペネム、AMK、CAM で治療開始後、内服抗菌薬へ切り替えて CAM、ミノサイクリン、シタフロキサシンなどで治療することが推奨される。

以上のご講演内容は私たちの明日からの肺 NTM 症治療にとって非常に有益な情報であった。