

# Antibiotic Prophylaxis 2017 Update

## AAE Quick Reference Guide

### 感染性心内膜炎への抗菌薬予防投与の推奨

以下に示すこれらの推奨は 2017 年における American Heart Association 及び心臓弁膜症患者のマネジメントに関する 2014 年版 AHA/ADA のガイドラインのアップデート版である American College of Cardiology から引用されたものである。

感染性の心臓弁膜症に対する予防投与は、歯周組織や根尖の病変に対する処置ならびに、口腔粘膜に対する穿孔などにかかわる歯科治療以前に行うことは妥当である。

2017 年に AHA 及び American College of Cardiology(以下 ACC)は心臓弁膜症患者に対する従来のガイドラインを更新した (5)。

これにより、IE 予備軍患者や、IE からもたらされる有害事象のリスクに対する予防投与 (AP)の重要性をより強固なものとした。

主要となる推奨項目を以下に列挙する。

1. 人工心臓弁（埋め込み型のカテーテルのプロテーゼや自家移植を含む）の既往患者
2. 心臓弁修復（弁輪形成術におけるリングとコードの留置のあるもの）の既往患者
3. IE の既往患者
4. チアノーゼ性先天性心疾患を未治療の患者ならびに  
残留シャントや補綴パッチまたはプロテーゼの部位またはその部位に隣接する弁逆流を有するチアノーゼ性先天性心疾患患者
5. 弁の構造に異常のために心臓移植の既往のある患者

2017 年、ADA は以下のように推奨レジメンを再確認した。

			単回投与群 (30~60 分前)
状況	薬剤	成人	子供
経口	アモキシシリン	2g	50mg/kg
経口投与不可	アンピシリン または セファゾリンか セフトリアキソン	2g(筋注)または静注 + 1g(筋注)または 静注	50mg/kg(筋注 or 静注)  50mg/kg(筋注 or 静注)

ペニシリン/アンピシリンアレルギー (経口)	セファレキシンΦδ	2g	50mg/kg
	または クリンダマイシン	600mg	20mg/kg
	または アジスロマイシンか クラリスロマイシン	500mg	15mg/kg
ペニシリン/アンピシリンアレルギーかつ経口投与不可	セファゾリンかセフトリアキソン	1g(筋注)または静注	50mg/kg(筋注 or 静注)
	または クリンダマイシン	600g(筋注)または静注	20mg/kg(筋注 or 静注)

Φ: (もしくは、) 同等の成人または小児用量のその他の第1世代または第2世代の経口セファロスポリン

δ: アナフィラキシー、血管浮腫、ペニシリンもしくはアンピシリンで蕁麻疹の経験のある個人へのセファロスポリンは禁忌である。

ADA 及び AHA は IC のリスクのある患者教育のためのウォレットカードを無料で提供している。

([http://www.heart.org/idc/groups/heart-public/@wcm/@hcm/documents/downloadable/ucm\\_448472.pdf](http://www.heart.org/idc/groups/heart-public/@wcm/@hcm/documents/downloadable/ucm_448472.pdf))

Replacement に参加する患者について

以下の推奨項目は ADA Chairside ガイドより引用されている。(ADA2015 年版より)

- ・一般的に、人工関節インプラントによる治療を受けている患者は感染予防のための歯科治療前の予防投与は推奨されていない。

- ・予防投与が必要とみなされた場合、整形外科医が適切な薬剤を選択し処方することが最も適切である

追加の考察

臨床医ならびに患者は、広範囲のスペクトルの抗菌薬の使用や頻繁に抗菌薬を摂取することのリスクと同様に、予防投与なしに歯科治療を行うことで重篤な医療的リスクを伴う状況に遭遇するというを今一度熟考すべきである。

エビデンスベースの治療の一環として、この臨床的推奨は患者のかかりつけ医や患者の要望・嗜好とともに診察における臨床医の専門的判断材料として知見を統合しておくべきである。

・考慮すべき項目を以下に示すが、この限りではない。

- ・以前に人工関節感染をきたした患者
- ・関節手術における創傷ドレナージや血種の罹患率の増加を認めた場合
- ・(蜂窩織炎などの) 重篤かつ拡張性の口腔感染症の既往のある患者
- ・全身性の感染に対する感受性に増加を認めた場合
- ・先天性もしくは後天性免疫不全の患者
- ・免疫抑制剤を摂取している患者
- ・コントロール不良な糖尿病患者
- ・全身性免疫不全のある患者 (リウマチ、全身性エリテマトーデスなど)
- ・広範かつ侵襲の大きい処置が予定されている場合
- ・MRONJ の高リスク患者に対し外科的処置を加える場合

#### 特殊な状況

2007 年度版の AHA のガイドラインでは抗菌薬の予防投与は治療前に単回投与されるべきと述べられている。

しかし、うっかり抗菌薬が投与されなかった場合は治療後 2 時間のうちに投与されることもある。

IE の治療のため既に抗菌薬を投与されている患者に対しては、違うタイプの薬剤を選択すべきである。

例えば、他の目的でペニシリンを経口投与されている場合、おそらくベータラクタム系に較的耐性のある緑色連鎖球菌が口腔内に存在する。

これらの場合では、クリンダマイシン、アジスロマイシン、もしくはクラリスロマイシンが予防投与として推奨されるだろう。

もし可能であれば同時に、(先ほど示したような抗菌薬による) 口腔内細菌叢の改善が成された後で、少なくとも 10 日は診療を遅らせるべきである。

また、IE の治療のため長期にわたって非経口にて抗菌薬を投与されている場合には、最後に投与されてから治療の開始を 30 分から 60 分以内になるようにタイミングを合わせる必要がある。

それは非経口による抗菌薬療法は、高濃度であれば口腔内細菌叢中のいかなる抵抗性を示すものでも駆逐しようとの考えから高用量であると考えられているからである。