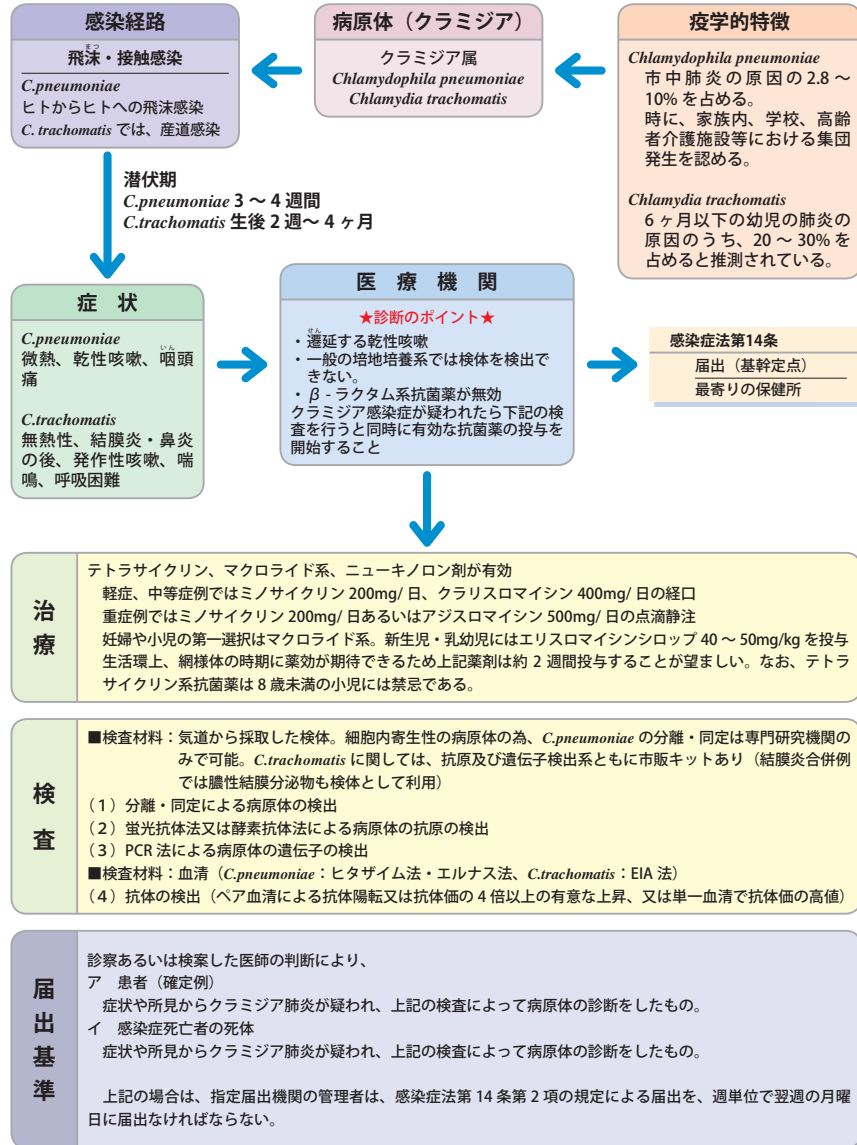


(5) クラミジア肺炎 ……五類感染症・基幹定点医療機関の届出

Chlamydial pneumonia



参考図書

- (1) NIID 国立感染症研究所 HP
- (2) 成人肺炎診療ガイドライン2017 編集 日本呼吸器学会成人肺炎診療ガイドライン2017 作成委員会
- (3) ハリソン内科学 第4版 日本語版監修 福井 次夫 / 黒川 清
メディカル・サイエンス・インターナショナル

定義 *Chlamydia (Chlamydia) pneumoniae, Chlamydia trachomatis* の感染による肺炎。*Chlamydia psittaci* によるオウム病は4類感染症である。164頁参照。

発生状況 ヒト - ヒト感染により感染が成立する。*C.pneumoniae* は成人市中肺炎の原因として5～6番目に多く、国内9研究 (市中肺炎3,077症例) のメタアナリシスでは全体の2.8%を占めると報告されている。非定型肺炎の原因としてはマイコプラズマ肺炎と同様、あるいはそれに次いで多い。

臨床症状 *C.pneumoniae* による肺炎に関して、臨床症状に特徴的なものはない。一般に軽症。発熱は軽度で、咽頭痛や鼻汁などの上気道炎症状、乾性咳嗽が多い。ただし頑固な咳嗽が遷延しやすい。初感染の臨床症状は、再感染の場合よりも重く遷延する。基礎疾患を有する高齢者では重症化することがある。
成人肺炎診療ガイドライン2017でも記載のある市中肺炎における細菌性肺炎と非定型肺炎の鑑別項目は、非定型肺炎であるクラミジア肺炎の推定に有用であるが、特に高齢者では症状が非典型的であり他の病原微生物との混合感染例も多く、非定型肺炎を疑う感度は年齢と共に低下するため、クラミジア肺炎の見落としの可能性に留意すべきである。混合感染例では、肺炎球菌との感染が多い。
C.trachomatis による肺炎では、無熱性で、結膜炎、鼻炎の症状に続いて発作性咳嗽、喘鳴、呼吸困難が出現する。

検査所見 *C.pneumoniae* による肺炎において、胸部X線およびCT所見は多彩であるが、基本的には気管支肺炎パターンを呈し、小葉単位で拡大するスリガラス陰影および浸潤影が中心である。他の病原体との混合感染も多く、それにより画像所見も多彩である。*C.trachomatis* による肺炎では、両側肺のスリガラス状の間質性陰影を認める。
赤沈の亢進、CRP上昇を認めるが、白血球数は正常～軽度上昇のことが多い。確定診断には血清診断が用いられることが多いが、各検査法の感度、特異度を理解しておくことが重要である。*C.pneumoniae* の血清診断としてヒタザイム法に加え、2014年よりエルナス法が使用可能となった。ヒタザイム法では、マイコプラズマ肺炎、RF陽性例、抗核抗体陽性例等で偽陽性になることが問題であったが、エルナス法はヒタザイム法に比べて特異度が高いと報告されている。疾患診断の上で種特異的IgM抗体の測定が重要であり、エルナス法の単血清におけるIgM検出の最適な時期は、発症から3～6週後であり、血清学的な急性期診断は困難である。原則、ペア血清で4倍以上の上昇を認めた場合に確定診断とする。また再感染例では、IgM抗体が上昇しないことがあり注意が必要である。

病原体 *C.pneumoniae*、まれに新生児で *C.trachomatis*
偏性細胞内寄生性を示す細菌で、細胞外では感染性のある基本小体 (Elementary Body)、細胞内では増殖能のある網様体 (Reticular Body) という形態を示す2相性の生活環を有している。細胞壁を有するが、ペプチドグリカン層を持たないためβラクタム系抗菌薬は無効である。

感染経路 *C.pneumoniae* による肺炎は、ヒトからヒトへの飛沫感染により伝播する。感染既往を示す種特異的IgG抗体保有率は、初感染により小児期に急増し、成人で5～6割と報告されている。
分娩時に産道の *C.trachomatis* にさらされた新生児の約20～30%は結膜炎になり、さらに10～15%が続発性の *C.trachomatis* 肺炎となる。

潜伏期 *C.pneumoniae* : 3～4週間、*C.trachomatis* : 生後2週～4ヶ月

拡大防止 時に集団発生があり、本邦でも家庭内感染や幼稚園、小中学校、高齢者介護施設などにおける集団発生が報告されている。飛沫感染であり、咳エチケットの遵守、うがい・手洗いの励行が推奨される。
C.trachomatis による新生児～乳児肺炎を予防するには、クラミジア子宮頸管炎をもつ妊婦の感染を早期に発見し、早期に治療を行うことが重要。

治療方針 第一選択薬としてテトラサイクリン (ミノサイクリン・ドキシサイクリン)、第二選択薬としてマクロライド系薬剤 (クラリスロマイシン、アジスロマイシン)、第三選択薬としてレスビラトリーキノロン (ガレノキサシン、モキシフロキサシン、レボフロキサシン、シタフロキサシン、トスフロキサシン) が推奨される。