

特集にあたって

鳥取大学整形外科 永島英樹

社会の高齢化や易感染性宿主の増加により脊椎感染症は増加しているといわれており、これらの背景からその治療に苦勞することも多い。手前味噌で恐縮だが、2000年頃に起炎菌を同定するため組織を培養へ提出するまでは抗菌薬を投与しないと宣言した。当時の日本では、脊椎感染症を疑う患者がいれば培養などせずにいわゆる経験的抗菌薬投与を開始する施設がほとんどであったので、当初は抗菌薬投与が遅れて重症化したらどうするんだと非難轟々であった。しかし、培養提出しないと抗菌薬が開始できない状況になったため、担当医の眼の色が変わって自ずと1~2日の間にバイオブシーが完結する体制ができあがっていた。

起炎菌の同定を本気でしていなかった時代は、当然その同定率は散々たるものであり、ほとんどが黄色ブドウ球菌と結核菌であった。確かに当時の経験的抗菌薬投与は黄色ブドウ球菌に効くものを選ぶようにと教育を受けていた記憶がある。しかし、起炎菌同定を本気でするようになってからはさまざまな種類があることに気がついた。さらに、培養検査法が生化学的性状分析から質量分析法へと進化して、今まで聞いたことがないような弱毒菌も検出されるようになり、起炎菌の種類も実に多種多様である。

2015年にInfectious Diseases Society of Americaから診療ガイドラインが発表された。有益な情報が網羅されてはいるが、ほぼすべてのエビデンス・レベルは低いままである。たとえば、抗菌薬投与期間は6週間と推奨されているが、6週間と12週間で前向きに検討して有意差はなかったとした論文が根拠となっている。ということは、12週間と比べると6週間でも構わないとはいえるが、果たして4週間や8週間ではなくて6週間でよいといえるのであろうか？

このような自分の経験と診療ガイドラインへの疑問から、今回の特集を企画した。この分野のエキスパートに、最近の脊椎感染症の動向、診断、治療についてまとめていただいた。診療ガイドラインの紹介とその問題点、脊椎外科医が苦手としている脊髄感染症や髄膜炎についても解説していただき、さらには感染症内科医の立場からも意見を述べていただいた。本特集が脊椎・脊髄感染症に対する診断と治療について深く再考する端緒となれば幸いである。

脊椎・脊髄感染症の患者は、入院期間が長くなる傾向にある。そのため、効率的な医療という観点からすると後ろめたい気持ちになるのも否めず、日常生活復帰が遅れることに対して患者や家族にも申し訳なさを感じる。そういった意味で、脊椎・脊髄感染症の治療が洗練されることを切に願っている。