

＜ 通 信 ＞

肺非定型抗酸菌症診断基準についての提案

非定型抗酸菌症研究協議会

受付 昭和 50 年 12 月 8 日

肺非定型抗酸菌症は臨床像、病理組織像において肺結核症との区別が困難であり、また起炎菌である非定型抗酸菌と称する菌群はそれぞれ性質を若干異にする多数の菌種の集合を指し、かつ、いずれの菌種も結核菌と比較して毒力が低く、また他の肺疾患の合併症、続発症として起こることもあり、その診断には困難なことが多い。

肺非定型抗酸菌症の診断基準としては、従来わが国においては、日比野、山本の診断基準（1962）が広く用いられてきており、今日まで一応、一定の役割を果してきた。

日比野、山本の診断基準は非定型抗酸菌症の概念が確立されていなかった時代に確実な非定型抗酸菌症を選び出すことを目的とし、非定型抗酸菌症となしうるための条件、例えば排菌内容（4回以上、100コロニー以上）等を定めたものであるが、その後以下のごとき問題点が指摘されてきた。すなわち、この基準には菌種に対する考慮が払われていない。近年の細菌学の進歩は非定型抗酸菌を菌種ごとに取扱うことを可能にし、かつ菌種ごとの病像の差も明らかにされつつある。特に *M. kansasii* 症については、*M. kansasii* の毒力が比較的強いので、4回、100コロニーの条件とは違った基準が必要であると思われる。また一方従来ヒトの疾患の原因となることはないと言われていた *M. gordonae*, *M. chelonae* などによる症例報告もみられている。

これらの現状をふまえて、わが国における非定型抗酸菌症の研究者の間で診断基準の改善案について討議を重ね、以下を新しい診断基準とした。

勿論かかる診断基準は非定型抗酸菌症に関する研究の進歩と共に今後必要に応じて改訂を加えていくはずのものである。なお、この診断基準は定型的な非定型抗酸菌症を考えにおいて作製したものであり、軽症例、不全型については追って検討を行う予定である。

肺非定型抗酸菌症診断基準

1. 非定型抗酸菌排菌と関連すると思われる病像または症状が認められ^{注1)}、その排菌が頻回かつ大量である場合^{注2)注3)}。

2. 非定型抗酸菌を病巣より分離し、その菌に由来す

るとと思われる病理組織学的変化が存在する。

以上の1または2を満足すれば肺非定型抗酸菌症とする。

注1) “非定型抗酸菌排菌と関連すると思われる病像または症状が認められる”とは疾患の発病初期または悪化時に排菌があり、病勢が軽快するにもなつて排菌が消失する場合、病像または症状が継続し排菌がそれに平行して認められる場合等をいう。

注2) “非定型抗酸菌排菌が頻回かつ大量である”とは *M. intracellulare*, *M. scrofulaceum* の場合は4回以上、うち1回は100コロニー以上とする。*M. kansasii* の場合は2回以上の排菌があれば菌量を問わない。なお排菌時期の間隔は診断に重要なことであるが、現在のところ間隔の長短は問わない。*M. gordonae*, *M. chelonae* など通常ヒトに起病性のないとされる菌種の場合における頻回かつ大量の内容は未だ決定に至らないが、*M. intracellulare* の場合より厳しくする必要があり、非定型抗酸菌症とするためには各方面の所見を勘案し慎重でなければならない。

注3) 結核菌の同時排菌がある場合は非定型抗酸菌症と診断するには慎重でなければならない。

注意： 以下の事項があれば肺非定型抗酸菌症の疑いがあり、それらの症例のうちのあるものは軽症または不全型の非定型抗酸菌症と考えられる場合もあるので慎重に勘案追求する必要がある。

1. 非定型抗酸菌排菌が病像または症状と関連する場合。
2. 非定型抗酸菌を頻回または大量に排出する場合。
3. 非定型抗酸菌を肺組織より分離するが組織学的裏付けの不十分な場合。
4. 非定型抗酸菌ツベルクリン反応により、非定型抗酸菌感染が考えられる場合。

昭和 50 年 8 月

非定型抗酸菌症研究協議会
診断基準改定小委員会

山本正彦・青木正和・下出久雄・古家堯・東村道雄
喜多舒彦・日比野進