

小児感染症 Q&A

自治医科大学とちぎ子ども医療センター

小児耳鼻咽喉科 教授

ITO Makoto 伊藤真人

Q

急性中耳炎治療における米国とわが国の違いについて教えてください

A

わが国では、2006年に「小児急性中耳炎診療ガイドライン」初版が発表され、2009年、2013年にはその改訂がなされた。いずれも利用者として、正確な鼓膜所見の評価、鼓膜切開を含む耳処置を施行し得る「耳鼻咽喉科医」を対象としたものである。一方で、米国では2004年に米国小児科学会を中心にガイドラインが作成され、2013年に改訂版が発表された。2004年版で想定する利用者は「家庭医と小児科医」であり、ガイドラインを利用する対象者が異なるために、以前のガイドラインでは日米間で大きな違いがみられた。しかし、2013年の米国版改訂によって、両ガイドラインの類似点が大幅に増えたといえる。

米国2013年版の最大の変更点は、それまで含まれていた診断不確実例の項目がなくなり、すべて診断確実例が対象になったことと、2歳未満の非重症例において、両側罹患例は重症例に準じた治療を推奨していることである。そして診断確実例だけを

選別するためには鼓膜所見が重要であるから、「鼓膜所見を重視する」というコンセプトをもつわが国のガイドラインに一步近づいたものであるといえる。わが国のガイドラインでは初版から一貫して、鼓膜所見を重視したスコアリングシステムによる重症度分類を行い、重症度に応じたきめ細かい抗菌薬の推奨を行っている。一方で、米国2013年版でも重症度を2群に分けて治療法の推奨をしているが、重症度の判断は鼓膜所見ではなく臨床症状に置かれている。急性中耳炎の確定診断において、米国版では気密耳鏡による中耳貯留液の確認を重視しており、重症例とは「中等度から高度の耳痛、48時間以上続く耳痛、または39℃以上の発熱」を伴うものと定義している。

急性中耳炎の治療において、抗菌薬を投与するかどうかは重要なポイントであるが、わが国のガイドラインでは軽症例に限って3日間は抗菌薬の投与を行わず経過観察を勧めている。しかし、2歳未満では重症例や難治例が多いことから、重症度スコアに2歳未満では3点の加点が加えられる。その結