

ペニシリンアレルギーは必ずしも永続しない

Penicillin Allergy Is Not Necessarily Forever. [JAMA. 2017;318\(1\):82-83](#)

ペニシリンアレルギーはしばしば幼少期に診断される。このアレルギーの病歴は改めて確認されないまま、患者の医療記録に長期間記載され続ける。医師が把握するペニシリンアレルギー歴の中には、幼少期に起こった患者の経験に基づくものがある。代わりに処方されるのは、有効性が劣り、副作用が強く、高価で、かつペニシリンよりもはるかにスペクトラムの広い抗生物質である。

ペニシリンアレルギーの病歴のほとんどは、真のアレルギーではない。米国では全患者の約 10%にペニシリンアレルギーの記録があるが、こうした患者が専門のアレルギークリニックで検査を受けた場合、ペニシリンに対する急性アレルギーの危険性があるのは 10%未満であることが判っている。真のペニシリンアレルギーは一般人口のわずか 1%とかなり稀である。

子供のウイルス性発疹に不要な抗生物質が投与されると、ペニシリンアレルギーと誤認される可能性がある。アレルギー抗体 (IgE) による急性ペニシリン反応が認められた患者でも、時間と共に抗体は低下して消失する。従って 10 年後にはほとんどの場合、皮膚試験は陰性になる。ペニシリンに対する皮膚試験が陰性化した患者は、将来ペニシリンや他の β -ラクタム系抗生物質に暴露されても、再びアレルギーを起こすリスクはごくわずかである。

大部分のアレルギー・免疫専門医の施設で、ペニシリンアレルギー歴を有する患者の皮膚試験およびチャレンジテストが受けられる。

ペニシリンの皮膚試験および試験投与を受けた患者の 90%以上がペニシリンに耐えられる。ペニシリンの脱感作療法を行うのは、ペニシリンの皮膚試験が陽性か、または IgE 性ペニシリンアレルギー歴のある患者で、かつ差し迫って投薬が必要な患者に限るべきである。

ペニシリンアレルギーの患者にセファロスポリンを投与した場合、交差反応性を示すのは 5%未満である。第 3 世代以降のセファロスポリンについては、ペニシリン-セファロスポリン交差反応性は 2%未満である。アミノペニシリン (アモキシシリン, アンピシリン) およびアミノセファロスポリン (セファレキシン, セファクロール, セファドロキシル, セプロジル) の β -ラクタム抗生物質に共通する R1 側鎖が、交差反応に重要なことが薬理疫学研究で判明している。アレルギーを示したペニシリンと同じ R1 側鎖を持つ β -ラクタム剤の投与は避けることが望ましい。しかし、この場合もセファロスポリン交差反応の可能性は排除できない。この場合は候補のセファロスポリンによる皮膚試験と少量投与観察を行うことが望ましい。カルバペネムやモノバクタム系抗生物質はまれにしか交差反応性を示さないため、ほとんどの場合アレルギー検査の必要性はない。このように交差反応性が非常に低いことを考慮すると、真の IgE 性ペニシリンアレルギー患者でさえも、代替の抗生物質を探すよりも、適した β -ラクタム抗生物質を用いることが可能である (例えば、侵襲性

MSSA 感染症に対するセファゾリン，発熱性好中球減少症に対するセフェピム).

β -ラクタム系抗生物質を投与された患者の2%~12%に，遅発性のT細胞による軽度~中等度の湿疹が現れる。これらの反応は，通常，対症療法で治療でき，後遺症を伴わずに消失する。このタイプの後遺症のない発疹のほとんどは，特に別の β -ラクタム系の薬剤を使用する上で， β -ラクタム系抗生物質を再投与は禁忌にならない。

以前に β -ラクタム抗生物質にアレルギー反応を起こした患者では，アナフィラキシーを含むIgE依存性急性アレルギー反応のリスクがあるため，再投与は出来ない。発熱性薬疹，粘膜病変を伴う重度の発疹は，スティーブンス・ジョンソン症候群/毒素性表皮壊死症の可能性が考えられる。肝炎や腎炎などの反応が起きた場合も含めて， β -ラクタム系抗生物質の再投与は勧められない。多くの重症のT細胞媒介性薬剤副反応は，既知のHLAリスク鎖との非共有結合性，用量依存性の相互作用によって生じる。例えば，HLA-B*57:01におけるアバカビル過敏症である。