

造血細胞移植患者におけるトキソプラズマ症

診断のポイント

✓ 中枢神経系だけでなく播種性として発症することも多く、急激な経過をとりうる。

- ①多くが移植前トキソプラズマ抗体陽性レシピエントでの再活性化である。
- ②リスク因子として予防内服の有無は重要で、予防なし患者の再活性化リスクは予防あり患者の10倍以上である。
- ③発症時期は9割弱が移植後180日以内での発症である。
- ④感染臓器は脳、肺が多く、複数の臓器にわたる播種性（多くが肺を含む）の場合もある。
- ⑤トキソプラズマ脳炎の典型的なMRI所見は脳内に単発または多発性の病変を形成し、周囲に浮腫状変化を伴うリング状または不整形に造影される壁を有する低吸収病変であるが、病変周囲の浮腫が乏しい例や病変が造影されず髄膜の造影所見を伴った例も報告されており注意を要する。
- ⑥トキソプラズマ肺炎のCT所見はすりガラス影を呈するが、その分布は小葉中心性班状すりガラス影を呈する場合と、びまん性すりガラス影を呈する場合がある。
- ⑦診断には、感染臓器におけるトキソプラズマDNA PCR検査（血液・髄液など）を行う。病理検体が採取できる場合は病理部にトキソプラズマ症疑いであることを伝えておく。

予防のポイント

✓ 予防の第一選択薬はST合剤で、生着後できる限りすみやかに投与開始する。

- ①予防の第一選択薬はST合剤である。
- ②ST合剤が使用できない場合はアトバコンを用いる。ST合剤と同等の予防効果を有するとする報告もあるが、ブレイクスルーも報告されており注意を要する。

予防

- ①ST合剤：トリメトプリム量80mg（1錠）/回（1日1回内服）
- ②アトバコン：1500mg/回（1日1回内服）

治療のポイント

✓ ST合剤は標準レジメであるプリメタミンを含む併用療法と同等の効果を有する。

- ①ST合剤で治療開始する。
- ②ST合剤に反応しない場合は薬剤使用機関²⁾に紹介し、プリメタミンとスルファジアジン（ともに国内では未承認薬）にて治療する。
- ③導入療法の治療期間は症状軽介後も4～6週間継続する。以後は再発予防のため維持療法を行う。

治療

[導入療法]

- ①ST合剤：トリメトプリム量5mg/kg/回（1日2回内服）

[維持療法]

- ① ST合剤：トリメトプリム量2.5mg/kg/回（1日2回内服）

参考文献

- 1) 日本造血細胞移植学会. 造血細胞移植ガイドライン 造血細胞移植後の感染管理（第4版）. IX. トキソプラズマ症の項目（30-37）. 平成28年度日本医療研究開発機構 感染症実用化研究事業. トキソプラズマ症 診療の手引き 改訂版.（熱帯病治療薬研究班薬剤使用機関の情報あり）
- 2) Dunay, I. R., et al. (2018). "Treatment of Toxoplasmosis: Historical Perspective, Animal Models, and Current Clinical Practice." Clin Microbiol Rev. 2018 Oct; 31(4): e00057-17.
- 3) Prosty, C., et al. (2023). "Revisiting the Evidence Base for Modern-Day Practice of the Treatment of Toxoplasmic Encephalitis: A Systematic Review and Meta-Analysis." Clin Infect Dis 76(3): e1302-e1319.
- 4) Rajapakse, S., et al. (2013). "Antibiotics for human toxoplasmosis: a systematic review of randomized trials." Pathog Glob Health 107(4): 162-169.