

侵襲性フサリウム症

診断のポイント

✓ 丘疹を呈し、血液培養で陽性となる糸状菌感染症である。

- ① *Fusarium* は好中球減少や免疫抑制剤使用などの免疫不全患者で侵襲性・播種性の感染症を起こす。特に長期の好中球減少をきたす血液悪性腫瘍患者での報告が多い。
- ② *Fusarium* は土壌、水中、植物など広く分布しており、免疫不全の患者では吸入、皮膚損傷でフサリウム症を発症する可能性がある。
- ③ 侵襲性フサリウム感染症の70%程度の患者で皮膚病変を認める。皮疹は多発する有痛性、紅斑性丘疹で、しばしば中心部にびらんを伴う。皮膚生検を行い、培養および病理検査に提出する。
- ④ 侵襲性フサリウム感染症の40～50%で血液培養が陽性となるため、診断目的に血液培養を採取することが重要である。フサリウムは糸状菌であるが、血液培養でフサリウムの酵母様構造が観察されることがあり、その場合はカンジダ属などとの鑑別に注意を要する。
- ⑤ *Aspergillus* 同様にβ-Dグルカンやガラクトマンナンは上昇しうる。*Fusarium* の微細構造としてバナナ型の大孢子を持つのが特徴であり、*Aspergillus* との鑑別に役立つ。

治療のポイント

✓ 抗真菌薬は、**アムホテリシン B リポソーム製剤**または**ボリコナゾール**を使用する。重症例では併用を検討する。

- ① 抗真菌薬は、**アムホテリシン B リポソーム製剤**と**ボリコナゾール**が第一選択である。ボサコナゾールは、サルベージ治療の選択肢となりうる。キャンディン系は効果がない。
- ② *Fusarium* は菌種によって薬剤感受性が異なることや、免疫不全症例では予後が厳しいことから、重症例では**アムホテリシン B リポソーム製剤**と**ボリコナゾール**の併用を検討する。
- ③ 好中球減少が持続している状況では予後は厳しく、好中球減少患者ではG-CSF投与も考慮する。

原因微生物	初期治療
<i>F. solani</i> (40～60%) <i>F. oxysporium</i> など	① アムホテリシン B リポソーム製剤 ：3～5 mg/kg/回（24時間毎静注） ② ボリコナゾール ：初日6 mg/kg/回（12時間毎静注）、 2日目以降4 mg/kg/回（12時間毎静注） [重症の場合] アムホテリシン B リポソーム製剤 と ボリコナゾール の併用

参考文献

- 1)Blood. 1997;90:999-1008. / 2)Am J Clin Pathol. 1998;109:45-54. / 3)PLoS One 2014; 9: e87784. / 4)Cancer. 2003 Jul; 98 : 315-319. / 5)Clin Microbiol Infect 2014; 20: 580-5. / 6)Clin Infect Dis. 2006 May 15;42(10):1398-403. / 7)Intern Med J. 2021 Nov;51 Suppl 7:177-219.