

侵襲性フサリウム症

診断のポイント	
<p>✓ 丘疹を呈し、血液培養で陽性となる糸状菌感染症である。</p> <p>① <i>Fusarium</i> 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。</p> <p>② <i>Fusarium</i> 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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>⑤ <i>Aspergillus</i> 同様にβ-Dグルカンやガラクトマンナンは上昇しうる。<i>Fusarium</i> 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、<i>Aspergillus</i> との鑑別に役立つ。</p>	
治療のポイント	
<p>✓ 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。</p> <p>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。</p> <p>② <i>Fusarium</i> 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。</p> <p>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。</p>	
原因微生物	初期治療
<p><i>F. solani</i> (40～60%) <i>F. oxysporium</i> など</p>	<p>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）</p> <p>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）</p> <p>[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</p>

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.