

侵襲性スクエドスポリウム症

診断のポイント	
<p>✓ 高度の免疫不全患者（移植、HIV、遷延する好中球減少、免疫抑制剤など）において侵襲性・播種性の感染症を起こす。</p> <p>① スケドスポリウムは土壌、淡水、汚染水など環境に存在する糸状菌である。津波肺の原因微生物としても知られる。</p> <p>② スケドスポリウム属の中で、<i>S. apiospermum</i> と <i>S. boydii</i> が主要な分離菌種である。</p> <p>③ スケドスポリウム症の好発臓器は、肺、皮膚、骨・関節、中枢神経などである。</p> <p>④ 侵襲性肺病変は <i>Aspergillus</i> 同様、空洞形成や halo サイン、air crescent sign を呈する。</p> <p>⑤ 中枢神経病変は通常、多発性の膿瘍や病変を形成する。</p> <p>⑥ βD グルカンは上昇していることが多い（感度は6~8割ほど）。</p> <p>⑦ 感染組織の培養を行い、培養検査に提出する。頻度は高くないが、血液培養が陽性となることがあるため、血液培養も提出する。</p>	
治療のポイント	
<p>✓ 侵襲性の予後は悪く、早期診断と外科的対応を含めた迅速な治療が必要である。</p> <p>① スケドスポリウムはアムホテリシン B には耐性であり、ボリコナゾールが第一選択である。ポサコナゾールは第二選択となる可能性があるが、MIC の高い菌種もあり、注意が必要である。</p> <p>② <i>S. apiospermum</i> と <i>S. boydii</i> ではアゾール系薬剤間で交差耐性が知られており、ボリコナゾール耐性の場合、ポサコナゾール耐性の可能性が高い。</p> <p>③ 抗真菌薬治療のみではなく、ソースコントロールも重要である。可能な症例では、切除やドレナージなど外科的対応を検討する。また、血管カテーテル関連血流感染症では血管内カテーテル抜去を行う。</p>	
原因微生物	初期治療
<i>S. apiospermum</i> <i>S. boydii</i>	<p>①ボリコナゾール：初日 6mg/kg/回（12 時間毎静注）、2 日目以降 4mg/kg/回（12 時間毎静注）</p> <p>②ポサコナゾール：初日 300mg（12 時間毎静注）、2 日目以降 300mg（24 時間毎静注）[中心静脈ラインから 90 分かけて緩徐に点滴静注]</p>

参考文献

- 1) Clin Microbiol Infect. 2014;20(Suppl3):27-46., 2) J Antimicrob Chemother 2025;14;80(Suppl1):i17-i39., 3) Crit Rev Microbiol. 2019 Feb;45(1):1-21. 4) Medicine (Baltimore). 2002 Sep;81(5):333-48., 5) Clin Infect Dis. 2006;43(12):1580-4., 6) J Clin Microbiol 2025;63(4): e0155024., 7) Antimicrob Agents Chemother. 2012;56(5):2635-42.