



矢野 邦夫 先生

浜松市感染症対策調整監
浜松医療センター感染症管理特別顧問

'81年 名古屋大学医学部卒業。名古屋第二赤十字病院、名古屋大学病院を経て、'89年 フレッドハッチンソン癌研究所、'93年 県西部浜松医療センター（2011年4月より「浜松医療センター」に病院名変更）。'96年 ワシントン州立大学感染症科エイズ臨床、エイズトレーニングセンター臨床研修了。'97年 感染症内科長／衛生管理室長、'08年 副院長、'20年 院長補佐、'21年4月より現職。

ホームページでも、公開しています。

メディコン CDCWatch

検索



トリコフィトン・メンタグロフィテス遺伝子型 VII

性行為を通じて広がる新興糸状菌のトリコフィトン・メンタグロフィテス遺伝子型VIIの報告がCDCの週報（MMWR）に記載されているので紹介する（1）。

■はじめに

- トリコフィトン・メンタグロフィテス遺伝子型VII（TMVII： *Trichophyton mentagrophytes* genotype VII）は新興の皮膚糸状菌であり、性行為によって広がる白癬を引き起こす。
- TMVIIは、体幹、股間、性器、顔面に掻痒を伴う環状の鱗屑状の病変を引き起こすことがあり、湿疹、乾癬、その他の皮膚疾患と間違われることがある。経口抗真菌療法が必要になることが多い。
- 患者によっては、炎症を起こし、痛みを伴う持続的な病変を経験し、瘢痕化や二次的な細菌感染につながることもある。
- TMVIIの感染は、2021年3月以降にフランスで男性と性行為した男性の間で報告されており、以前はセックスツーリズムで東南アジアを旅行した男性で報告されていた。
- 2024年6月、米国でのTMVII症例が、ヨーロッパのいくつかの国とカリフォルニアを旅行した後に性器病変を発症し、旅行中に複数の男性と性的接触を持っていた男性で報告された。その後、臨床医らは、TMVII感染が検査にて確認された患者が米国にさらにいると公衆衛生当局に警告した。

■調査と結果

- 2024年4月から7月にかけて、さらに4人の患者が白癬の臨床診断を受けた。真菌培養のために検体が採取され、培養後にリボソーム遺伝子の内部転写スペーサー領域のサンガー配列決定法を使用してTMVIIが特定された。
- 抗真菌薬感受性試験では、テルビナフィンとイトラコナゾールの最小発育阻止濃度はそれぞれ0.0039mg/mLと<0.03mg/mLであり、これらの薬剤に対する感受性を示唆していた。
- 患者は抗真菌薬感受性結果が得られるまで、TMVIIの推定感染として治療を受けた。
- 4人の患者（図表1）は全員、30～39歳のシスジェンダーの男性で、最近他の男性と性的接触があったと報告した。患者AとDはお互いに性的接触があったと報告した



図表 1 トリコフィトン・メンタグロフィテス遺伝子型 VII の発疹を呈する患者の皮膚科的評価

が、患者BとCについてはTMVIIが判明している人との疫学的関連は知られていない。患者Dはセックスワーカーであった。患者Bはヨーロッパへの旅行があり、他の患者は最近の国際旅行歴はなかった。各患者は他の性感染症の検査を受けて陰性であった。

[患者 A] 基礎疾患はなく、HIV曝露前予防薬を服用していた。彼は最初に臀部の発疹について診察を受けた。2週間の局所用クロトリマゾールを完了し、続いて1週間の局所用テルビナフィン投与を受けたが、改善は見られなかった。その後、2～4週間の予定で経口用テルビナフィン（1日250mg）を処方された。最後のフォローアップでは、発疹は改善していた。

[患者 B] HIV感染症に罹患していたが、抗レトロウイルス療法の遵守は不十分であった。彼は最初に口角の痒みを伴う発疹について診察を受けた。1週間の局所用クロトリマゾールを完了し、発疹は完全に消失した。

[患者 C] HIV感染症に罹患していたが、抗レトロウイルス薬で十分にコントロールされていた。彼は最初に膝、臀部、鼠径部の発疹について診察を受け、4週間の予定で経口テルビナフィン（1日250mg）を処方された。最後のフォローアップでは発疹は改善していた。

[患者 D] HIV曝露前予防薬とダブラフェニブ/トラメチニブ（癌の既往歴があるため）を内服していた。彼は最初に、膝、体幹、腕、陰茎幹に痒みを伴う発疹がみられたため診察を受けた。経口テルビナフィン（1日250mg）を1週間未満服用し、その後イトラコナゾール（1日2回200mg）、局所用ルリコナゾール、局所用ケトコナゾールに切り替えた。最後のフォローアップでは、発疹は改善していた。

■ 予備的な結論と行動

- 医療従事者は、TMVIIが性的接触を通じて広がり、性器、臀部、顔面、体幹、四肢に病変を引き起こすことを知っておくべきである（図表2）。
- 直接顕微鏡検査による簡易迅速検査は白癬の確認には役立つが、TMVIIの同定には真菌培養とDNA配列決定が必要である。特に、真菌培養は感度が低いことと、TMVIIの確認には数週間を要することを考慮して、臨床医は疫学および臨床的特徴に基づいて経験的治療を開始する必要がある。
- 現在のエビデンスでは、経口テルビナフィン（1日250mg）がTMVII感染症の効果的な第一選択薬であることが示唆されている。一部の患者は、補助的な局所抗真菌薬療法と併用したイトラコナゾールによる治療に成功している。
- 患者は最大3か月間の経口抗真菌薬療法が必要になることがあり、病変が完全に消失するまで治療すべきである。局所抗真菌薬のみで効果が得られた患者もいるが、毛包を巻き込んだ白癬の単独療法としては推奨されない。
- 医療従事者は、TMVII感染症の患者に対し、症状が治まるまで患部との皮膚接触を避け、私物を共有しないことの重要性について、患者に助言すべきである。
- 抗真菌コルチコステロイド配合剤を含む局所コルチコステロイド製品は、白癬を悪化させる可能性があるため、TMVIIやその他の皮膚糸状菌感染症の治療では使用を避けるべきである。



図表 2

[文献]

- Zucker J, et al. *Trichophyton mentagrophytes* Genotype VII — New York City, April–July 2024. <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/73/wr/pdfs/mm7343a5-H.pdf>