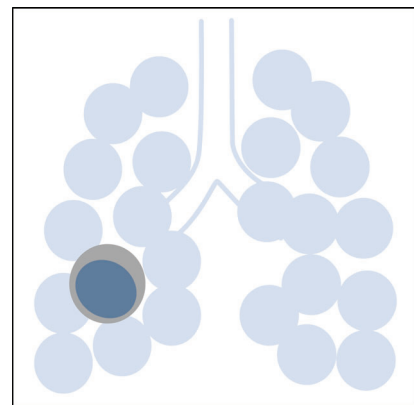


EQUAL CPA スコア 2022: 慢性肺アスペルギルス症診療マネジメント評価のためのECMMスコア

Rosanne Sprute^{1,2,3}, Eva Van Braeckel^{4,5}, Holger Flick⁶,
Oliver A. Cornely^{1,2,3}, Danila Seidel^{1,2,3}, Takahiro Takazono⁷

¹ Institute for Translational Research, Cologne Excellence Cluster on Cellular Stress Responses in Aging Associated Diseases (CECAD), University of Cologne, Germany; ² Department I of Internal Medicine, Excellence Center for Medical Mycology (ECMM), University Hospital Cologne, Germany; ³ German Centre for Infection Research (DZIF), Partner Site Bonn-Cologne, Cologne, Germany; ⁴ Laboratory of Respiratory Infections, Department of Internal Medicine and Paediatrics, Belgium; ⁵ Department of Respiratory Medicine, Ghent University Hospital, Ghent, Belgium; ⁶ Division of Pulmonology, Department of Internal Medicine, Medical University of Graz, Graz, Austria, ⁷ Department of Infectious Diseases, Graduate School of Biomedical Sciences, Nagasaki University Hospital, Nagasaki, Japan.



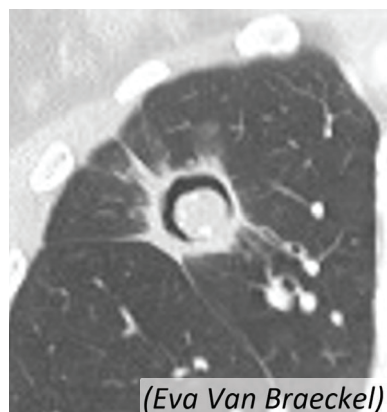
DOI: 10.4126/FRL01-006453155

年 7 月 2023

背景

EQUAL CPAスコア2022は、慢性肺アスペルギルス症 (CPA) の診療マネージメントについて、現行ガイドラインからの推奨事項を重み付けしたものである [1][2]。このスコアはガイドラインの遵守状況の把握や、診療マネージメントに用いることができる [3]。CPAは、肺の破壊性変化を伴う慢性真菌感染症であり、肺に基礎疾患を有する免疫正常～軽度の免疫低下例に発症しやすい。臨床像、画像所見が病型により様々であるため、診断は容易ではない。陳旧性肺結核や非結核性抗酸菌症、慢性閉塞性肺疾患、肺癌、サルコイドーシスなどを有する患者で、他疾患では説明できない呼吸器症状や全身症状が現れた場合、CPAの可能性を考慮すべきである。肺結節、空洞、二次的な胸膜肥厚、胸膜の線維化が形成されることがあり、CPAは、臨床および画像的特徴により、5つの病型 (Overlapする症例もある) が定義されている:

単純性肺アスペルギローマ
(陳旧性肺結核)



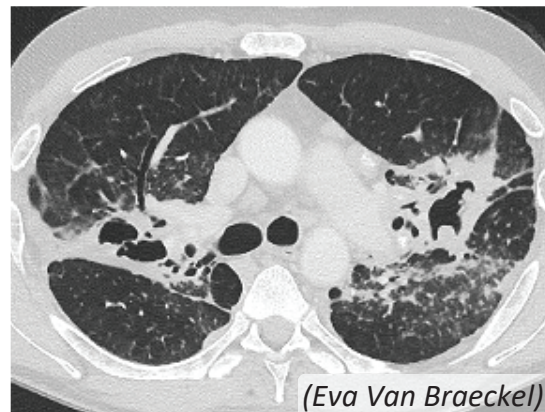
(Eva Van Braeckel)

慢性空洞性肺アスペルギルス症
(CCPA) (肺気腫、陳旧性肺結核)



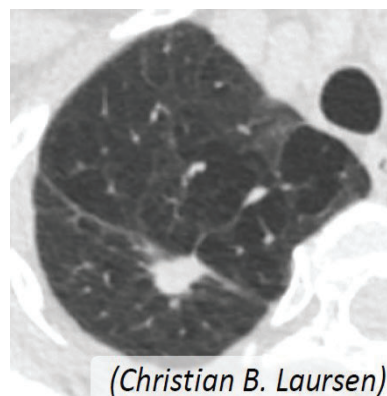
(Eva Van Braeckel)

慢性線維性肺アスペルギルス症
(CFPA) 両側性 (サルコイドーシス)



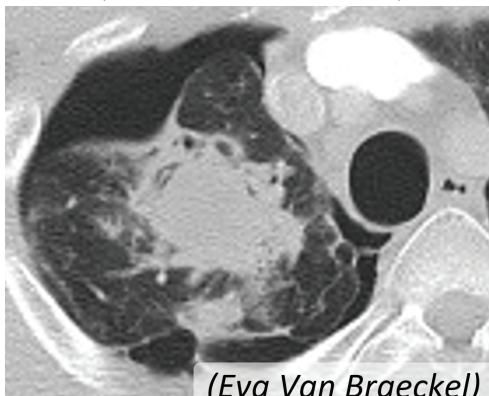
(Eva Van Braeckel)

アスペルギルス結節
(COPD)



(Christian B. Laursen)

亜急性侵襲性肺アスペルギルス症
(慢性壊死性肺アスペルギルス症)
(SAIA/CNPA)
(多発血管炎性肉芽腫症)



(Eva Van Braeckel)

引用文献

- [1] Denning DW. *Eur Respir J.* 2016 Jan;47(1): 45-68. doi: 10.1183/13993003.00583-2015.
- [2] Alastruey-Izquierdo A. *Respiration.* 2018; 96(2):159-170. doi: 10.1159/000489474.
- [3] Sprute R. *J Antimicrob Chemother.* 2022 Nov 14;dkac378. doi: 10.1093/jac/dkac378.



UNIKLINIK
KÖLN



GHENT
UNIVERSITY



Med Uni
Graz



DZIF
Deutsches Zentrum
für Infektionsforschung





European Confederation of Medical Mycology
ECMM
Center of Excellence in Clinical and
Laboratory Mycology and Clinical Studies





CPA net
Chronic Pulmonary Aspergillosis
Network



		項目	スコア		
診断		多職種による症例検討	3		
		呼吸器検体 (BALが望ましい)			
		鏡検による菌糸の確認	3		
		真菌培養	3		
		呼吸器検体のガラクトマンナン抗原	2		
		アスペルギルス属のPCR	1		
		生検			
		組織学的所見	3		
		真菌培養	2		
		感受性検査			
		抗真菌薬に対する薬剤感受性検査	1		
		血清学的所見			
		Aspergillus特異的IgG抗体 or 沈降抗体	3		
Aspergillus特異的IgE抗体	2				
血清ガラクトマンナン抗原	1				
Aspergillus特異的IgM/IgA抗体 (IgG抗体が未実施の場合)	-1				
画像所見					
胸部CT検査	3				
治療	抗真菌薬の併用は推奨しない	外科的治療 (適応がある場合)		3	0
		外科的切除	3		
		第一選択薬			
		イトラコナゾール 200mg 1日2回 or ボリコナゾール 200-300mg 1日2回	3		
		ポサコナゾール徐放剤 300mg 1日1回	2		
		ポサコナゾール内容液 400mg 1日2回	1		
		TDMと定期的な薬剤相互作用の確認	3		
		第二選択薬 (悪化が見られる場合、アゾール不耐や耐性の場合)			
		エキノキャンディン系 (カスポファンギン50-70mg 1日 or ミカファンギン150mg 1日1回)	2		
		リポソーマルアムホテリシンB 3mg/kg 1日1回	2		
イサブコナゾール 200mg 1日1回内服/点滴	2				
アムホテリシンB 0.7-1.0mg/kg 1日1回	-1				
治療期間					
6-12ヶ月以上	3				
フォローアップ		初期は3 or 6ヶ月のフォロー、あるいは状態変化時	3		
		画像検査 (CT, FDG-PET/CTなど) による治療反応性評価	3		
		呼吸器検体の培養検査による治療反応性評価	2		
		血清学的検査による治療反応性評価	2		
合計		第一選択薬		49	46
		第二選択薬		51	48

Abbrev: BAL, bronchoalveolar lavage; bid, two times a day; CT, computed tomography; FDG-PET, fluorodeoxyglucose-positron emission tomography; IV, intravenous; qd, once a day; TDM, therapeutic drug monitoring

 外科的治療適応あり
 外科的治療適応無し