

NẤM MÓNG CHÂN DO *SCOPULARIOPSIS BREVICAILIS* GIẢM NHẠY CẢM VỚI NHÓM AZOLE: BÁO CÁO MỘT TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG HIẾM GẶP

Nguyễn Minh Quang¹, Lê Đức Minh¹, Nguyễn Thế Vỹ¹
Phạm Bích Ngọc¹, Nguyễn Thị Thu Thủy¹ và Trần Cẩm Vân^{2,✉}

¹Bệnh viện Da liễu Hà Nội

²Bộ Y tế

Scopulariopsis brevicaulis là một loài nấm mốc, không phải nấm sợi (dermatophyte) có thể gây nấm móng, thường khó chẩn đoán cũng như điều trị. Chúng tôi báo cáo một trường hợp nấm móng do *S. brevicaulis* ở móng ngón chân cái bên phải ở bệnh nhân nữ 25 tuổi đến khám tại Bệnh viện Da liễu Hà Nội. Từ mẫu móng tổn thương, *S. brevicaulis* đã được phân lập với khuẩn lạc đặc trưng dạng bột màu nâu khi nuôi cấy trên môi trường Sabouraud dextrose và kết hợp định danh loài được xác nhận bằng giải trình tự vùng ITS (internal transcribed spacer). Quan sát dưới kính hiển vi quang học cho thấy các sợi nấm phân nhánh với chuỗi bào tử hình cầu, vách dày. Thử nghiệm độ nhạy kháng nấm *in vitro* cho thấy chủng nấm có nồng độ ức chế tối thiểu (minimum inhibitory concentrations, MICs) cao đối với nhiều thuốc nhóm azole. Trường hợp này nhấn mạnh vai trò gây bệnh và xu hướng giảm nhạy cảm với nhóm azole của *S. brevicaulis* trong nấm móng cũng như sự cần thiết kết hợp soi, nuôi cấy và sinh học phân tử để chẩn đoán chính xác và lựa chọn điều trị hiệu quả.

Từ khóa: *Scopulariopsis brevicaulis*, nấm móng, nấm móng không do dermatophyte.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Scopulariopsis brevicaulis là loài nấm hoại sinh phổ biến trong đất, gỗ mục và các chất hữu cơ phân hủy, đồng thời là tác nhân gây bệnh thường gặp nhất của chi *Scopulariopsis*.¹ Ở người khỏe mạnh, nấm chủ yếu gây các bệnh lý nông như nấm móng, viêm tai ngoài, viêm giác mạc và đôi khi gây các tổn thương da dạng hạt hoặc viêm xoang xâm lấn. Một số báo cáo cũng ghi nhận *S. brevicaulis* gây nhiễm trùng gan bàn chân và các biểu hiện lâm sàng tương tự u hạt mạn tính ở da. Các thể bệnh xâm lấn hiếm hơn đã được mô tả, bao gồm viêm nội nhãn sau chấn thương, viêm nội tâm mạc van nhân tạo, viêm giác mạc nặng, và

hình thành khối nấm trong các khoang phổi có sẵn. Ở những người suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS), đặc biệt người ghép tạng hoặc mắc bệnh lý huyết học ác tính, *S. brevicaulis* có thể gây nhiễm trùng lan tỏa, viêm phổi, tổn thương mô mềm sâu, thậm chí gây tử vong.¹ Trong hai thập kỷ gần đây, tỷ lệ nấm mốc không phải nấm sợi (non-dermatophyte molds, NDM) gây nấm móng có xu hướng gia tăng.^{2,3} Trong bối cảnh đó, *S. brevicaulis* trở thành tác nhân cần được lưu ý, ngay cả ở người khỏe mạnh. Một đặc điểm quan trọng của *S. brevicaulis* là khả năng kháng thuốc tự nhiên bẩm sinh với nhiều nhóm kháng nấm, đặc biệt là các azole và flucytosine, gây khó khăn đáng kể trong điều trị. Các nghiên cứu về độ nhạy *in vitro* cho thấy itraconazole thường có MIC rất cao (> 16 µg/mL). Amphotericin B, voriconazole và ketoconazole có MIC biến thiên rộng, thường nằm trong khoảng 4 - 16 µg/mL. Ngược lại,

Tác giả liên hệ: Trần Cẩm Vân

Bộ Y tế

Email: trancamvan.dl@gmail.com

Ngày nhận: 09/03/2026

Ngày được chấp nhận: 31/03/2026

terbinafine và ciclopirox cho thấy hoạt tính ức chế tốt hơn, với MIC tương ứng từ 0,5 - 16 µg/mL và 1 - 8 µg/mL, tương ứng. Các khảo sát độ nhạy sử dụng quy trình CLSI M38-A2 đều khẳng định đặc tính kháng thuốc rộng rãi của loài này, và một số tác giả xem *S. brevicaulis* như một nấm sợi đa kháng tự nhiên.^{4,5} Điều trị tối ưu cho các nhiễm trùng sâu do *S. brevicaulis* hiện chưa được xác định rõ, phẫu thuật cắt bỏ mô hoại tử kết hợp điều trị kháng nấm phổ rộng vẫn là lựa chọn chủ yếu, mặc dù hiệu quả tùy thuộc vào tình trạng miễn dịch của bệnh nhân và khả năng loại bỏ mô nhiễm nấm.

Tại Việt Nam, báo cáo về nhiễm *S. brevicaulis* còn rất ít, làm tăng nguy cơ chẩn đoán chậm trễ, khi tổn thương móng hoặc da mạn tính dễ bị nhầm với nhiễm khuẩn hoặc viêm da mạn. Do đó, soi tươi, nuôi cấy nấm và nhận diện vi thể là những bước thiết yếu trong tiếp cận chẩn đoán, đặc biệt khi tổn thương

không đáp ứng với kháng sinh hoặc phương pháp điều trị thông thường.

II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Chúng tôi báo cáo một trường hợp nấm móng do *S. brevicaulis* gây ra ở móng ngón chân cái bên phải ở bệnh nhân nữ 25 tuổi. Bệnh nhân có tiền sử chấn thương móng tại Canada năm 2019, sau đó xuất hiện đau nhức và thâm tím vùng móng. Xét nghiệm nấm thời điểm đó âm tính và bệnh nhân được chỉ định rút móng tổn thương. Móng mọc lại sau thủ thuật nhưng biến dạng, bề mặt sần sùi kéo dài (Hình 1). Do khó chịu tại vùng móng, bệnh nhân đến Bệnh viện Da liễu Hà Nội và được chỉ định nuôi cấy nấm từ móng tổn thương để xác định căn nguyên. Bệnh nhân cũng đã được giải thích đầy đủ và cung cấp văn bản đồng thuận cho việc sử dụng thông tin lâm sàng và hình ảnh trong báo cáo này.



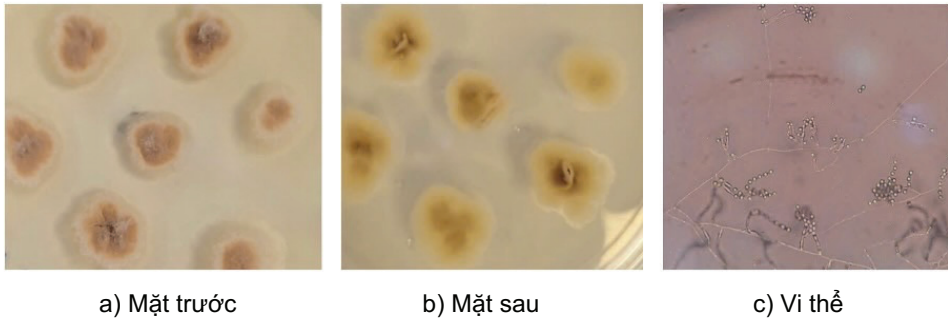
Hình 1. Hình ảnh móng ngón chân cái bên phải của bệnh nhân trước điều trị với móng dày, đổi màu vàng nâu và biến dạng (a); sau 1 tháng điều trị bằng itraconazole theo phác đồ liều xung (400 mg/ngày trong 7 ngày, nghỉ 3 tuần), lặp lại trong 3 chu kỳ, kết hợp điều trị tại chỗ bằng dung dịch kháng nấm (Micospray) bôi 2 lần/ngày, móng giảm dày và cải thiện màu sắc (b); sau 2 tháng điều trị, móng mọc lại rõ rệt, bề mặt tương đối phẳng hơn và giảm biến dạng so với trước điều trị (c)

Bệnh phẩm được lấy từ phần móng tổn thương. Trước điều trị, soi tươi và nuôi cấy nấm được thực hiện hai lần độc lập và đều ghi nhận

sự hiện diện của vi nấm. Soi tươi cho thấy các yếu tố nấm dạng bào tử. Mẫu bệnh phẩm được nuôi cấy trên môi trường thạch Sabouraud

dextrose, sau vài ngày xuất hiện các khuẩn lạc phát triển nhanh, ban đầu màu trắng, sau đó chuyển sang màu vàng nâu với bề mặt dạng bột. Mặt sau khuẩn lạc có sắc nâu vàng. Quan

sát dưới kính hiển vi quang học cho thấy nhiều sợi nấm chia nhánh. Trên đầu sợi và nhánh có chuỗi bào tử hình cầu vách dày như bông hoa (Hình 2).



a) Mặt trước

b) Mặt sau

c) Vi thể

Hình 2. Hình ảnh nuôi cấy *S. brevicaulis* trên môi trường thạch Sabouraud dextrose: khuẩn lạc phát triển nhanh, bề mặt dạng bột, màu vàng nâu ở mặt trước (a) và mặt sau có sắc nâu vàng (b); hình ảnh vi thể cho thấy các sợi nấm phân nhánh, mang chuỗi bào tử hình cầu, vách dày, sắp xếp dạng “bông hoa”, đặc trưng cho *S. brevicaulis* (c)

Để khẳng định tác nhân gây bệnh, DNA được tách chiết từ khuẩn lạc và vùng ITS (internal transcribed spacer) của rDNA được khuếch đại bằng PCR sử dụng cặp mồi phổ biến ITS1 (5'-TCC GTA GGT GAA CCT GCG G-3') và ITS4 (5'-TCC TCC GCT TAT TGA TAT GC-3'). Sản phẩm PCR được tinh sạch và giải trình tự theo phương pháp Sanger, sử dụng bộ kit BigDye Terminator v3.1 (Applied Biosystems, Hoa Kỳ)

tại Công ty TNHH DNA Sequencing (Cần Thơ, Việt Nam). Trình tự thu được có chiều dài 604 bp. So sánh trình tự bằng công cụ BLASTn với cơ sở dữ liệu cho thấy trình tự ITS của mẫu nghiên cứu có độ tương đồng 100% với các trình tự tham chiếu của *S. brevicaulis* (các isolate NIAS-RSJ6 và NIAS-RSJ7). Kết quả này khẳng định tác nhân gây bệnh là *S. brevicaulis* (Hình 3).

RID [NY9T21YT016](#) Search expires on 01-09 10:40 am [Download All](#)

Program [BLASTN](#) [Citation](#)

Database [core_nt](#) [See details](#)

Query ID [Ic|Query_796437](#)

Description [VI NAM](#)

Molecule type [dna](#)

Query Length [604](#)

Other reports [Distance tree of results](#) [MSA viewer](#)

Descriptions [Graphic Summary](#) [Alignments](#) [Taxonomy](#)

Sequences producing significant alignments [Download](#) [Select columns](#) [Show 100](#)

select all 100 sequences selected

Description	Scientific Name	Max Score	Total Score	Query Cover	E value	Per Ident	Acc Len	Accession
<input checked="" type="checkbox"/> Scopulariopsis brevicaulis isolate NIAS-RSJ6 small subunit ribosomal RNA gene, partial sequence, internal trans	Scopulariopsis br	1116	1116	100%	0.0	100.00%	626	OL589624.1
<input checked="" type="checkbox"/> Scopulariopsis brevicaulis isolate NIAS-RSJ7 internal transcribed spacer 1, partial sequence, 5.8S ribosomal RN	Scopulariopsis br	1112	1112	100%	0.0	100.00%	602	OL589623.1
<input checked="" type="checkbox"/> Scopulariopsis sp. isolate LL0969 small subunit ribosomal RNA gene, partial sequence, internal transcribed spac	Scopulariopsis sp.	1110	1110	100%	0.0	99.83%	630	PX349793.1
<input checked="" type="checkbox"/> Scopulariopsis sp. isolate LL0970 small subunit ribosomal RNA gene, partial sequence, internal transcribed spac	Scopulariopsis sp.	1110	1110	100%	0.0	99.83%	631	PX349787.1
<input checked="" type="checkbox"/> Scopulariopsis brevicaulis strain FMR 12235 isolate ISHAM/ITS_ID_MITS2422 18S ribosomal RNA gene, partial	Scopulariopsis br	1092	1092	100%	0.0	99.34%	675	KP132734.1
<input checked="" type="checkbox"/> Scopulariopsis sp. isolate LL0974 small subunit ribosomal RNA gene, partial sequence, internal transcribed spac	Scopulariopsis sp.	1083	1083	100%	0.0	99.01%	648	PX349771.1
<input checked="" type="checkbox"/> Scopulariopsis sp. isolate LL0967 small subunit ribosomal RNA gene, partial sequence, internal transcribed spac	Scopulariopsis sp.	1083	1083	100%	0.0	99.01%	631	PX349794.1

Hình 3. Phân tích BLASTn của trình tự ITS (604 bp) cho thấy độ tương đồng 100% với *S. brevicaulis* (OL589624.1, OL589623.1; coverage 100%, E-value = 0), xác nhận loài gây bệnh

Độ nhạy cảm với thuốc kháng nấm của loài *S. brevicaulis* phân lập được đánh giá bằng hệ thống tự động định danh và kháng nấm đồ, sử dụng phương pháp vi pha loãng trong môi trường lỏng để đo nồng độ ức chế tối thiểu (MICs). Kết quả được trình bày trong Bảng 1 cho thấy chủng nấm có MICs rất cao đối với nhiều thuốc kháng nấm thuộc nhóm azole, đặc biệt là fluconazole (MIC = 128 µg/mL) và itraconazole (MIC = 16 µg/mL), gợi ý tình trạng giảm nhạy. 5-Flucytosine cũng ghi nhận MIC cao (64 µg/mL). Ngược lại, amphotericin B và posaconazole có MIC thấp hơn (0,5 µg/mL), trong khi nhóm echinocandin (caspofungin, micafungin và anidulafungin) có MIC rất thấp, đặc biệt caspofungin (0,008 µg/mL). Voriconazole có MIC trung gian (2 µg/mL) (Bảng 1).

Bảng 1. Kết quả kháng thuốc định lượng (MICs) của *S. brevicaulis*

Thuốc kháng nấm	MIC (µg/mL)
Fluconazole	128
Voriconazole	2
Caspofungin	0,008
Micafungin	0,12
Anidulafungin	0,12
Amphotericin B	0,5
Posaconazole	0,5
Itraconazole	16
5-Flucytosine	64

III. BÀN LUẬN

Nấm móng chiếm khoảng 50% các bệnh lý về móng, trong đó đa số do nấm sợi gây ra; nấm mốc và nấm men chiếm tỷ lệ thấp hơn. Các loài nấm mốc như *Scopulariopsis* spp., *Aspergillus* spp., *Fusarium* spp. và *Acremonium* spp. được ghi nhận chiếm khoảng 1,45 - 17,6% các trường hợp nấm

móng.⁶ Trong chi *Scopulariopsis*, các loài hoại sinh trong đất như *S. brevicaulis*, *S. brumptii*, *S. acremonium*, *S. fusca* và *S. koningii* được báo cáo có khả năng gây bệnh ở người. *S. brevicaulis* là loài liên quan thường gặp nhất, chủ yếu gây bệnh nấm móng với tỷ lệ khoảng 1 - 10% trong nhóm nấm móng không do nấm sợi, tùy thuộc đặc điểm dân số và khu vực địa lý.¹ Trên toàn cầu, xu hướng gia tăng các tác nhân nấm mốc không phải nấm sợi trong nấm móng đã được ghi nhận, có thể liên quan đến thay đổi thói quen sinh hoạt, sử dụng thuốc kháng nấm rộng rãi và gia tăng các bệnh lý nền.^{2,3} Trong trường hợp của chúng tôi, bệnh nhân không có suy giảm miễn dịch rõ ràng nhưng có tiền sử chấn thương móng và can thiệp rút móng trước đó. Đây là yếu tố nguy cơ quan trọng, có thể làm tổn thương cấu trúc móng và tạo điều kiện cho nấm mốc môi trường như *S. brevicaulis* xâm nhập và gây bệnh. Điều này nhấn mạnh rằng *S. brevicaulis* không chỉ gặp ở bệnh nhân suy giảm miễn dịch mà còn là tác nhân cần lưu ý ở người khỏe mạnh khi tổn thương móng không đáp ứng với điều trị thông thường.

Chẩn đoán nấm móng do *S. brevicaulis* cần dựa trên sự kết hợp giữa bằng chứng vi nấm trực tiếp và việc phân lập tác nhân từ mẫu bệnh phẩm tại vị trí tổn thương. Tuy nhiên, do *S. brevicaulis* có thể tồn tại như một vi nấm hoại sinh hoặc tác nhân nhiễm bản từ môi trường, việc phân lập đơn thuần không đủ để chắc chắn khẳng định nhiễm trùng. Do đó, soi tươi tìm nấm, nuôi cấy và nhận diện vi thể vẫn là các phương pháp có giá trị nhất, trong khi phương pháp phân tử học có thể hỗ trợ khi hình thái không điển hình. Mặt khác, do nấm mọc chậm và dễ bị bỏ sót, việc lấy mẫu đúng vị trí và lặp lại xét nghiệm khi cần thiết hết sức quan trọng. Chính vì vậy, tiêu chuẩn chẩn đoán nên bao gồm: (i) quan sát trực tiếp yếu tố nấm (sợi nấm, bào tử) trong bệnh phẩm, (ii) phân lập lặp

lại cùng một loài trong các lần nuôi cấy khác nhau, và (iii) phù hợp với biểu hiện lâm sàng và loại trừ các nguyên nhân khác.⁷ Trong ca bệnh được báo cáo, hình ảnh vi nấm trên soi tươi cùng với việc phân lập được *S. brevicaulis* từ các lần nuôi cấy lặp lại (hai lần độc lập) từ mẫu móng tổn thương khẳng định chẩn đoán. Trên lâm sàng, khó phân biệt được nấm móng do *S. brevicaulis* hay do nấm sợi, vốn biểu hiện giống nhau với móng giòn, màu vàng nâu. Khi nuôi cấy, các khuẩn lạc phát triển nhanh, ban đầu có màu trắng, sau đó chuyển sang màu vàng nhạt và có dạng bột ở trung tâm, phần mặt sau của mẫu nuôi cấy cho thấy trung tâm có màu nâu vàng tương ứng với những báo cáo trước đây.^{8,9}

Điều trị nấm móng do *S. brevicaulis* gặp nhiều khó khăn do đặc tính là nấm mốc, không phải nấm sợi và khả năng kháng thuốc tự nhiên, đặc biệt với nhóm azole. Trong nghiên cứu này, chúng phân lập cho thấy MIC cao đối với fluconazole, 5-flucytosine và itraconazole, phù hợp với các đặc điểm kháng thuốc đã được ghi nhận trong các nhiều nghiên cứu trước. Hiện nay, chưa có khuyến cáo chuẩn hóa cho điều trị nấm móng do loài này, và độ nhạy *in vitro* không có mối tương quan rõ ràng với hiệu quả điều trị trên lâm sàng.^{4,10,11} Do đó, trong trường hợp này vẫn sử dụng phác đồ điều trị bằng itraconazol 400 mg/ngày có khả năng tích lũy nồng độ cao trong mô keratin và đạt nồng độ đỉnh khi dùng liệu pháp liều xung cho thấy hiệu quả điều trị trong nấm móng không chỉ phụ thuộc vào MIC *in vitro* mà còn chịu ảnh hưởng của sự khác biệt giữa điều kiện *in vitro* và *in vivo*. Bên cạnh đó, các thuốc có MIC thấp hơn như posaconazole hoặc echinocandin không được lựa chọn do hạn chế về dữ liệu hiệu quả trong điều trị nấm móng và khả năng thẩm kém vào mô móng. Ngoài ra, các chiến lược điều

trị kết hợp, trong đó giảm tải mô móng nhiễm nấm đóng vai trò quan trọng nhằm cải thiện hiệu quả điều trị. Các biện pháp như đắp ure nồng độ cao, loại bỏ bằng cơ học, laser hoặc phẫu thuật cắt bỏ móng giúp giảm khối lượng nấm và tăng khả năng thấm của thuốc tại chỗ. Trong đó, ure 40% là phương pháp ít xâm lấn, phù hợp cho điều trị kéo dài, trong khi các can thiệp xâm lấn hơn chỉ nên cân nhắc khi điều trị bảo tồn thất bại.¹² Trong trường hợp này, itraconazole liều xung kết hợp dung dịch kháng nấm tại chỗ mang lại cải thiện rõ rệt về độ dày và màu sắc của móng, cho thấy phác đồ điều trị phù hợp.

Nhìn chung, nấm móng do *Scopulariopsis brevicaulis* là một thể bệnh hiếm gặp, với số lượng báo cáo tại Việt Nam hiện còn rất hạn chế. Trường hợp này góp phần bổ sung dữ liệu lâm sàng về một tác nhân nấm mốc gây nấm móng trong thực hành da liễu. Nấm móng do *S. brevicaulis* cần được chẩn đoán chính xác, phối hợp điều trị toàn thân và điều trị tại chỗ nhằm cải thiện đáp ứng điều trị và hạn chế nguy cơ tái phát.

IV. KẾT LUẬN

S. brevicaulis là tác nhân nấm hiếm gặp nhưng có thể gây bệnh ngay ở người khỏe mạnh, với tổn thương diễn tiến mạn tính và dễ bị bỏ sót nếu không kết hợp soi tươi, nuôi cấy lặp lại, quan sát vi thể và sinh học phân tử. Trong thực hành, cần nghĩ đến nhóm nấm mốc này khi tổn thương móng không đáp ứng điều trị thông thường để lựa chọn phác đồ phù hợp hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Pérez-Cantero A, Guarro J. Current knowledge on the etiology and epidemiology of Scopulariopsis infections. *Med Mycol.* Feb 1 2020;58(2):145-155. doi:10.1093/mmy/myz036

2. Gupta AK, Wang T, Cooper EA, et al. A comprehensive review of nondermatophyte mould onychomycosis: Epidemiology, diagnosis and management. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 2024;38(3):480-495.
3. Gupta AK, Summerbell RC, Venkataraman M, et al. Nondermatophyte mould onychomycosis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. Aug 2021;35(8):1628-1641. doi:10.1111/jdv.17240
4. Cuenca-Estrella M, Gomez-Lopez A, Buitrago MJ, et al. In vitro activities of 10 combinations of antifungal agents against the multiresistant pathogen *Scopulariopsis brevicaulis*. *Antimicrobial agents and chemotherapy*. 2006;50(6):2248-2250.
5. Paredes K, Capilla J, Mayayo E, et al. Virulence and Resistance to Antifungal Therapies of *Scopulariopsis* Species. *Antimicrob Agents Chemother*. Apr 2016;60(4):2063-8. doi:10.1128/aac.02275-15
6. Sadeq NM. Fungal Nail Infection. *Central Asian Journal of Medical and Natural Science*. 2025;6(2):725-730.
7. Walsh TJ, Hayden RT, Larone DH. *Larone's medically important fungi: A guide to identification*. John Wiley & Sons; 2018.
8. Kim Y-J, Lim S-W, Suh M-K, et al. Four cases of toenail onychomycosis caused by *Scopulariopsis brevicaulis*. *Korean Journal of Medical Mycology*. 2001:97-103.
9. Lee MH, Hwang SM, Suh MK, et al. Onychomycosis caused by *Scopulariopsis brevicaulis*: report of two cases. *Ann Dermatol*. May 2012;24(2):209-13. doi:10.5021/ad.2012.24.2.209
10. Gupta AK, Elewski B, Joseph WS, et al. Treatment of onychomycosis in an era of antifungal resistance: role for antifungal stewardship and topical antifungal agents. *Mycoses*. 2024;67(1):e13683.
11. Axler E, Lipner SR. Antifungal Selection for the Treatment of Onychomycosis: Patient Considerations and Outcomes. *Infect Drug Resist*. 2024;17:819-843. doi:10.2147/idr.S431526
12. Shemer A, Eshel Y, Gupta AK, et al. Once Weekly Application of Urea 40% and Bifonazole 1% Leads to Earlier Nail Removal in Onychomycosis. *Skin Appendage Disord*. Sep 2020;6(5):304-308. doi:10.1159/000508926

Summary

ONYCHOMYCOSIS CAUSED BY *SCOPULARIOPSIS BREVICAULIS* WITH REDUCED SUSCEPTIBILITY TO AZOLES: A RARE CASE REPORT

Scopulariopsis brevicaulis is a non-dermatophyte mould that can cause onychomycosis and is often difficult to be diagnosed and treated. We report a case of onychomycosis caused by *S. brevicaulis* affecting the right great big toenail of a 25-year-old female patient who presented to Hanoi Dermatology Hospital. *S. brevicaulis* was isolated from the affected nail specimen, producing characteristic brown, powdery colonies when cultured on Sabouraud dextrose agar, and species identification was confirmed by sequencing of the internal transcribed spacer (ITS) region. Microscopic examination under light microscopy revealed branched hyphae with chains of thick-walled, spherical conidia. *In vitro* antifungal susceptibility testing showed that the isolate exhibited high minimum inhibitory concentrations (MICs) to several azole antifungals. This case underscores the pathogenic potential and decreased susceptibility to azole antifungals of *S. brevicaulis* in onychomycosis, highlighting the importance of an integrated diagnostic approach - combining direct microscopy, culture, and molecular identification - to ensure accurate diagnosis and guide appropriate therapeutic management.

Keywords: *Scopulariopsis brevicaulis*, onychomycosis, non-dermatophyte mold.