



地域医会だより

平塚市医師会皮膚科部会

第26回例会 テーマ「ケミカルピーリング」

出席者：36名

日時：2002年1月23日（水）18：45より

場所：平塚市地域医療管理センター講堂（平塚市医師会館）

司会：秋山朋子（平塚共済病院）

I アレグラ錠説明（18：45～19：00）

アベンティスファーマ株式会社

II 講演（19：00～20：30）

講師：戸佐眞弓先生（まゆみクリニック院長）

テーマ：ケミカルピーリングの実際と展望

【内容の要約】：ケミカルピーリングについては、2001年12月日本皮膚科学会においてガイドラインが発表され、皮膚科疾患に対する1治療法として今後期待されるものである。今回ケミカルピーリングの分類から、特に最浅層ピーリングの中のグリコール酸・サリチル酸ピーリングについて、薬剤の特性・実際の施術及び具体症例を呈示し、報告した。グリコール酸ピーリングは、濃度・pH・接触時間・薬剤の剤型・患者の皮膚の状態等により、強さが決定され、個々の患者により適当な薬剤・治療間隔・回数を選択されなければならない。またダウンタイムがなく、特にニキビの治療に有効性が高い。サリチル酸ピーリングは、ニキビ瘢痕に有効性が高いが、1週間のダウンタイムが必要であり、一過性の色素沈着が生じることがある。これらのピーリングの特徴を理解し、ピーリング剤の選択をし、実際の治療を進めていくことが望ましいと考えている。

III 懇親会（20：30～）

共催：平塚市医師会皮膚科部会、アベンティスファーマ株式会社

第27回例会 テーマ「皮膚感染症」

出席者：51名

日時：2002年5月22日（水）18：45より

場所：神奈中グランドホテル

司会：栗原誠一、木花いづみ

I 抗アレルギー剤の最近の話題について（18：45～19：00）

協和発酵工業株式会社

II 総会（19：00～19：10）

Ⅲ 症例供覧 (19:10~19:40)

1. 栗原誠一 (湘南皮膚科) : 疥癬の4例
2. 木花いづみ (平塚市民病院皮膚科) : 皮膚抗酸菌症の5例
3. 秋山朋子 (平塚共済病院皮膚科) : Creeping disease

Ⅳ 講演 (19:40~20:30)

講師: 西川武二先生 (慶応義塾大学皮膚科学教室教授)

テーマ: 稀だが忘れてはならない皮膚感染症—新興・再興感染症の世紀—

【内容の要約】: 新世紀にはいり、新興・再興感染症とともに国外からの輸入感染症への関心も高まっている。今回、皮膚科領域の新興・再興感染症を簡単に紹介し、診断にあたっては感染症を「念頭に置く」ことが重要であり、また、生活歴、旅行歴などの問診も必要なことをまず強調した。ついで、4つのトピックに焦点をあてて解説した。疥癬は現在必ずしも稀ではなくなったが、診断に苦慮することが多く、皮膚科専門医にとっては院内感染、高齢者の施設での集団発生の問題などから重要と考え、診断と新しい治療の可能性 (内服薬イベルメクチン) などを中心に述べた。他の3疾患はいずれも我が国では稀ではあるが診断が出来さえすれば新しい抗真菌薬によって治療の可能な輸入感染症 (南アメリカ分芽菌症およびペニシリウム・マルネツフェイ感染症) の症例、そして、決定的な抗真菌薬が開発されていない極めて稀な黒色真菌感染症の二重感染症例について自身の経験例を提示した。

Ⅴ 懇親会 (20:30~)

共催: 平塚市医師会皮膚科部会、協和発酵工業株式会社

(文責・秋山朋子)



地域医会だより

三浦半島皮膚科懇話会 横須賀市医師会皮膚科部会学術講演会

三浦半島皮膚科懇話会 第29回例会
横須賀市医師会皮膚科部会学術講演会 第12回例会

日 時：平成14年9月7日（土）17：30

場 所：横須賀プリンスホテル

製品紹介 アレルギー性疾患治療薬『クラリチン』（塩野義製薬株式会社）

特別講演 皮膚疾患と抗アレルギー薬について

講 師 衛藤 光先生（聖路加国際病院皮膚科医長）

近年相次いで発売された皮膚科領域の抗アレルギー薬は、従来の抗ヒスタミン作用に加えて、肥満細胞や好塩基球の産生するケミカルメディエーターやサイトカンに拮抗的に作用し、I型の反応やアレルギー炎症を抑制する薬と総括される。薬剤開発のステップは慢性蕁麻疹を対象とし、第I相、第II相、および第III相相試験を経て申請、承認、上市される。

これらの抗アレルギー薬の効果、副作用、薬物相互作用、コンプライアンス、薬価について概説するとともに、個々の薬剤の特徴と実際の診察における選択基準について述べた。





地域医会だより

茅ヶ崎医師会皮膚科部会活動

第75回茅ヶ崎医師会皮膚科部会・講演会

『見落とししやすい皮膚疾患—Part 4 顔の紅斑』

日本医科大学皮膚科学教室教授 川名誠司先生

2002年6月12日（水）

茅ヶ崎勤労市民会館

顔面に紅斑を生ずる疾患には、接触皮膚炎、脂漏性皮膚炎、アトピー性皮膚炎など日常よくみる疾患以外に、膠原病、感染症（ウイルス、細菌）など見落としてはならない全身疾患が含まれている（表1）。ここでは、全身疾患に関連する「顔の紅斑」を診断する要点について、実際の症例を呈示しながら述べる。

〈膠原病にみられる顔の紅斑〉

SLEの蝶形紅斑は鼻根部にかかる暗赤色の滲出性紅斑であり、疾患特異性および感度にすぐれる皮膚症状である。紅斑は鼻唇溝をさける傾向があり、酒皰、脂漏性皮膚炎との鑑別点となる。診察時には、顔面のDLE様紅斑、耳介紅斑（DLE様紅斑ないし凍瘡様紅斑）、びまん性脱毛、口腔粘膜疹、体幹の蕁麻疹様紅斑、手指の凍瘡様紅斑、爪囲の紅斑、足趾紅斑、レイノー症状、下肢リベドーなどについてもよく観察し、もし同時に存在すれば診断の確実性は増す。

皮膚筋炎にみられる顔の紅斑は、特有の紫色調を帯びた眼瞼の浮腫性紅斑で、ヘリオトロープ疹とよばれる。これを疑ったときには手指関節部の角化性紅斑（Gottron徴候）、血管拡張が顕著な体幹の浮腫性紅斑やポイキロデルマ、爪囲紅斑、爪上皮の出血の有無について観察するとよい。

顔面に環状紅斑を呈する膠原病には、SCLE、シェーグレン症候群があり、ともに暗赤色の環状ないし弧状の浸潤性紅斑である。確定診断には病理組織検査、血中自己抗体検査を必要とする。リウマチ熱の環状紅斑は、数日で消褪する浸潤のない淡い紅斑で体幹に多い。

〈感染症にみられる顔の紅斑〉

感染症による紅斑は、通常、発熱や上気道のカタル症状に伴って出現する。麻疹は2峰性の発熱、頬粘膜のコプリック斑が特徴的である。昨年は成人の麻疹が大流行した。なお、妊婦の麻疹感染は重症化し、流産する率が高いと考えられている。

伝染性紅斑はヒトパルボウイルスB19感染症で、小児の場合顔の平手打ち紅斑と四肢のレース状の淡い紅斑が特徴的である。一般に全身症状は軽微で予後良好であるが、成人では必ずしも紅斑は明瞭でなく、全身倦怠感、発熱、関節炎症状、四肢の浮腫、手指のしびれなどが顕著となり重篤なことも多い。一部の症例では抗核抗体、その他の自己抗体が陽性となり、SLEとの鑑別を要する。また、妊娠初・中期の妊婦感染による、胎児水腫による胎児死亡が報告されている。

伝染性単核球症はEBウイルス（HHV4）感染症として知られ、発熱、リンパ節腫大・強度の咽頭炎、血液検査異常（異型リンパ球出現を伴うリンパ球増多）を3主徴とする。皮疹は播種状紅斑・丘疹が多い。ときに

サイトメガロウイルス感染が原因となることがあり、この場合、咽頭炎・リンパ節腫脹が顕著でない。

表1 顔の紅斑

1) 日常よくみる「顔の紅斑」

- ①接触皮膚炎
- ②脂漏性皮膚炎
- ③アトピー性皮膚炎
- ④酒皰、酒皰様皮膚炎（ステロイド酒皰）
- ⑤光線過敏症
- ⑥乾癬

2) 膠原病にみられる「顔の紅斑」

- ①SLE（systemic lupus erythematosus）の蝶形紅斑
- ②DLE（discoid lupus erythematosus）、DLE様紅斑
- ③皮膚筋炎の紅斑（ヘリオトロープ疹）
- ④SCLE（subacute cutaneous lupus erythematosus）の環状紅斑
- ⑤シェーグレン症候群の環状紅斑

3) 感染症にみられる「顔の紅斑」

- ①麻疹
- ②風疹
- ③伝染性紅斑
- ④伝染性単核球症
- ⑤多形滲出性紅斑
- ⑥丹毒

4) その他

- ①Sweet病
- ②好酸球性毛包炎
- ③サルコイドーシス

第76回茅ヶ崎医師会皮膚科部会・講演会

『白癬の治療、特に内服療法』

帝京大学医学部皮膚科学教室教授 渡辺晋一先生

2002年9月11日（水）

茅ヶ崎勤労市民会館

皮膚真菌症は皮膚科の新患者の約13%を占める頻度の高い疾患ですが、その99%以上を白癬、カンジダ症、癬風などの浅在性真菌症が占めます（図1）。これらの浅在性真菌症では原因真菌は皮膚の角層に存在するため、全身的な副作用のない外用療法が治療の原則です。

古い外用抗真菌薬は薬効の点から主に白癬に有効なものと同様にカンジダなど酵母に有効なものに分かれていました。しかし約20年前に広い抗菌スペクトルを有するイミダゾール系抗真菌薬が登場し、白癬、カンジダ、癬風のいずれもが同じ薬剤で治療が可能になりました。また旧世代の外用抗真菌薬は1日2〜3回の外用が必要でしたが、約10年ほど前より皮膚の角層への薬剤の貯留性を高め、1日1回の外用で済む抗真菌薬が登場しました。そのおかげで、治療のコンプライアンスが向上しましたが、実際は患者さんは自覚症状があるうちは1日に何回も外用しますが、自覚症状が無くなると外用を止めてしまうことが多く、そのため足白癬では再発、再感染をおこし完治が困難です。

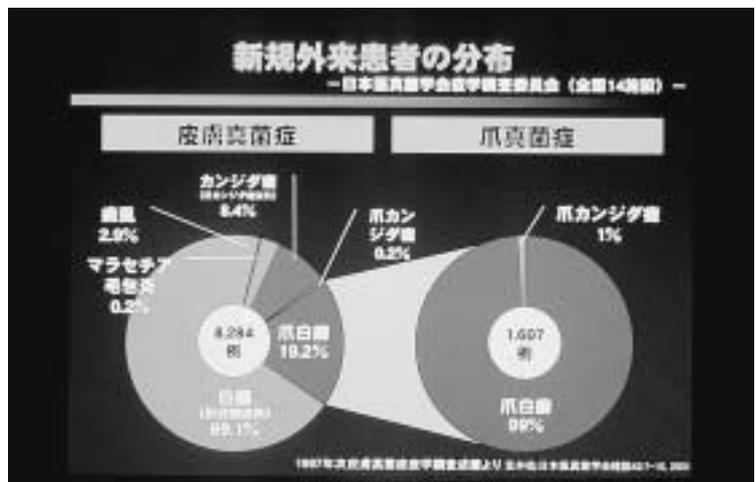


図1 皮膚科新患者における皮膚真菌症の内訳

現在外用抗真菌薬は大きく分けて、イミダゾール系とアミン系の抗真菌薬があり、前者は広い抗菌スペクトルを有しているのに対し、後者は主に皮膚糸状菌に強い抗菌活性を有するもののカンジダや癬菌には効きが悪いという欠点があります。その他、モルフォリン系の抗真菌薬がありますが、これは薬効の点ではイミダゾール系抗真菌薬に似ています。

外用抗真菌薬の使い方ですが、患部を石鹸でよく洗った後に外用すると、薬剤が皮膚に浸透しやすく、良いようです。足白癬では最低4週間以上、毎日薬を塗り続けなければなりません。しかも角層の厚い部位ではさらに長期の外用を要します。さらに白癬菌は一見正常な部位にも存在することから、患部を含め、趾間、足底全体に広範囲に抗真菌薬を外用することも大切です。他の病型の白癬や、カンジダ症、癬では最低2週間以上の外用が必要で、癬では自覚症状のない皮疹が広範囲に存在することから、塗り残しが無いように気を付ける必要があります。

また外用薬は角層のターンオーバーや入浴などにより、洗い流されてしまうので、きちんと毎日外用することも大切です。しかし、最近の外用抗真菌薬は長期間角層に留まることが可能になったので、古い外用薬よりは治療期間の短縮が可能です。また足白癬では一端足白癬が治癒しても、ほとんどが翌年になると再発するので、再発を防ぐためには治癒したあとも外用薬を塗り続けると良いようです。少なくとも夏の間は毎年外用薬を塗り続ければ、足白癬の再発を防ぐことが可能です。

その他外用抗真菌薬には基剤によっていくつかの剤形があり、医家向けには軟膏、クリーム、液剤があります。一般に軟膏、クリーム、液剤になるに従ってかぶれやすくなりますので、接触皮膚炎を起こしそうなびらんや亀裂がある場合は軟膏を使用したほうが無難です。さらに軟膏でもかぶれそうな場合は、経口抗真菌薬を内服させて、びらん、亀裂を消失させてから、外用を行なった方が良いでしょう。しかし、軟膏はべとつきの嫌がる患者がおり、特に足白癬では使用感が問題となります。そこで、クリームあたりを処方するのが無難ですが、びらんや亀裂もなく、かぶれそうもない病変部では、べとつき感がない液剤でも問題はありませぬ。一方OTCでは医家向けの抗真菌薬と同じ成分のものが発売されていますが、OTCには塩酸ジブカインやジフェンヒドラミンなどの物質が配合されています。これらの物質は接触皮膚炎を起こしやすいので、安全性が求められるOTCの方が実は安全性に問題があるということになります。

以上のように大部分の浅在性皮膚真菌症では外用療法が第一選択となりますが、浅在性皮膚真菌症でも、真



図2 角質増殖型足白癬



図3 湿潤型の趾間型足白癬

菌が爪や毛にも寄生している場合は外用薬では薬は充分浸透しません。また角層が正常よりも厚くなっている角質増殖型の足白癬(図2)や手白癬あるいは角質増殖型の皮膚カンジダ症の場合も外用薬はほとんど効果がないために、内服療法を行なわざるを得ません。その他、皮疹が広範囲に存在し、すべての病変に外用薬をきちんと塗ることが困難な症例、あるいは背部に存在する皮疹に対し、独り暮らしで、外用薬を塗ることが困難な場合も内服療法が第一選択となります。

また外用抗真菌薬の欠点として、接触皮膚炎を起こすことがあげられます。外用抗真菌薬の接触皮膚炎はしばしばみられる現象ですが、いわゆるアレルギー性の接触皮膚炎は少なく、むしろ一次刺激性の接触皮膚炎が多いようです。しかもびらんや亀裂があると高率に一次刺激性の接触皮膚炎を起こすので、著しいびらんあるいは皸裂がある湿潤型の趾間型足白癬(図3)では、まず経口抗真菌薬を内服させ、ある程度びらん・皸裂をよくしてから、外用薬を使用した方が無難です。万が一外用抗真菌薬で接触皮膚炎を起こした場合は、直ちに外用薬の使用を中止し、ステロイドの外用を行なうべきです。ただしこのままでは真菌感染症が拡大

する可能性があるため、同時に抗真菌薬の内服を行なう必要があります。また接触皮膚炎がひどい場合は一時的にステロイドの内服を行なうこともあり、特にid反応がみられた場合は、ステロイドの内服を短期間行なった方が、治療期間を短縮できます。

また真菌症の罹患部位に細菌感染症を合併した場合（図4）、抗真菌薬の外用は痛みを増強し、細菌感染症を拡大させるおそれがあるため、内服療法が良いようです。ただしこの場合は治療期間を短縮するため細菌感染症に対する抗菌薬を同時に内服する必要があります。その他、小水疱型足白癬でも小水疱の出没を繰り返すうちに角質増殖をきたすことがあります。このような場合も、内服療法の方が治療期間を短縮できる点で便利です。

その他犬、猫に寄生している*Micosporum canis*は感染力が強く、皮疹も多発する傾向があるため（図5）、外用療法よりも内服療法の方が良いこともあります。また顔面などに生じた異型白癬では、しばしばステロイド外用薬が使用され、白癬菌が毛に侵入していることもあるため、内服療法の方がより確実です。

一般に外用療法では外用のために患部を露出しなければなりません。そのため必ずしも人前で容易に行なえる治療法ではなく、しかも毎日きちんと外用しなければならないため、必ずしも簡便とはいえません。この点内服療法は人知れず、いつでもどこでも内服することが可能で、時間もあまりかからない点で便利です。特に新規経口抗真菌薬は長期にわたって薬剤が角層に貯留することから、きちんと毎日内服しなくてもすむ利点を有しています。しかし内服薬には全身的な副作用や他剤との相互作用という問題があるので、皮膚真菌症に対する内服療法は深在性真菌症など外用療法で無効な症例に対してのみ適応となります。

内服薬としてはかつては白癬にのみ有効なグリセオフルビンしかありませんでしたが、最近新しい経口抗真菌薬が登場し、治療に幅ができました。これらの新経口薬はグリセオフルビンより抗菌スペクトルが広いため、今まで治療が困難であったいくつかの皮膚真菌症の治療が可能になりました。さらにこれらの薬剤は皮膚糸状菌に対してもグリセオフルビンより抗菌活性が高まり、また角層への貯留性が高いため、治療期間をグリセオフルビンの約半分に短縮できるようになりました。これら新規経口抗真菌薬の1つがトリアゾール系のイトラコナゾールで、本剤はイミダゾール環にN原子をもう1つ導入したものです。もう1つはアリルアミン系のテルビナフィンです。テルビナフィンは皮膚糸状菌に対しては強い抗菌活性を有していますが、酵母にはイトラコナゾールより抗菌活性が落ちます。両薬剤とも比較的安全に使用できますが、イトラコナゾールは肝臓のミクロゾームに存在する薬物代謝酵素チトクロームP-450を阻害するため、種々の薬剤との相互作用があります。またこの薬剤は内臓真菌症にも保険適用がとれているため、薬価が高いという欠点があります。しかしイトラコナゾールの常用量の倍を1週間内服し、その後3週間休薬し、これを繰り返すパルス療法が行なわれ、連日常用量を内服するのと変わらない治療成績を示しています。わが国ではまだこのパルス療法は保険では認められていませんが、やがて欧米と同じようにパルス療法がイトラコナゾールの内服療法の主流になると考えられます。

以上のように浅在性皮膚真菌症に対しては抗真菌薬による内服あるいは外用療法を行なえば、治療に苦慮することはありません。しかし、現実には足白癬や爪白癬でない疾患に対し、安易に抗真菌薬が処方されていますので、直接鏡検を行なって正確な診断を下すことが何よりも大切です。

（文責・富山良雄）



図4 蜂窩織炎を合併した小水疱型足白癬



図5 *Micosporum canis*による体部白癬