

第111回神奈川県皮膚科医会 藤沢市皮膚科医会例会

日時：平成15年3月2日（日）14：00～

会場：エクセル東急ホテル

テーマ：学校伝染病をどう扱っているか

1. 会長挨拶 菅原 信（けいゆう病院）
2. イントロダクション 武沼 永治（藤沢市）
3. 皮膚科医の学校伝染病へのかかわり～水いぼを中心に～
新関 寛二（茅ヶ崎市）
座長：松井 潔
4. 消毒薬を使った水いぼの治療について
内山 光明（横浜市）
座長：松井 潔
5. 製品説明 ヤンセンファーマ株式会社
6. 議事
7. 健保問題Q&A
8. ミニレクチャー 学校保健における皮膚科専門相談医の実施にあたって
岩井 雅彦（横浜市）
座長：武沼 永治
9. 学校保健における皮膚感染症について
日野 治子（関東中央病院皮膚科部長）
座長：武沼 永治
10. 懇親会

皮膚科医の学校伝染病へのかかわり～水いぼを中心に

新関寛二

茅ヶ崎皮膚科医院

I. はじめに

皮膚科医が学校医としてチェックすべき主な疾患は表1に示す疾患であろう。然し此処では学校伝染病とのかかわりの中で、私は水いぼを中心にテーマを絞ってお話させていただきたい。

II. 2種に属する水痘（帯状疱疹）

水痘はワクチン接種の普及により軽症化と非定型化が見られ注意を要する。又帯状疱疹は高齢化と共に高齢者の本症の増加と自検例では児童、生徒（5～17歳）の発症も多く、2峰性の流行の山が見られる。

Ⅲ. 単純疱疹、カポジ水痘様発疹症

児童、生徒のアトピー性皮膚炎の増加している中でカポジ水痘様発疹症との重症型が時々見られ注意を要する。

Ⅳ. 伝染性軟属腫（MC）に対する40%硝酸銀ペースト法

- 1) 川島¹⁾は取る、取らないの不毛の議論に終止符を打つためにも、圧出除去以外のより疼痛の少ない治療法の追求が必要である、と述べているが筆者もまた同感である。

現在まで治験されている主な外用剤は、フェノール、三塩化酢酸、硝酸銀、硝酸ナトリウム、サリチル酸、グリチールリチン酸、苛性カリ、苛性ソーダー、ヨード剤（ヨードチンキ、ポビドンヨード）、カンタリジン、ポドフィリンなどであろうか。然し何れも痛くないMC療法としては必ずしも満足すべきものではない。

表皮は酸に比較的強く、アルカリに弱く、腐蝕され易く潰瘍化しその結果癍痕化する²⁾ので、筆者は特にアルカリをMCの治療には用いるべきではないと考えている。

現在、筆者は40%硝酸銀ペースト法を行っているが、之が本症治療にベストとは考えていない。願わくば、1日も早く抗ウイルス剤やMCV免疫療法の出現を期待して止まない。

- 2) 40%硝酸銀ペースト法の特徴は①最も簡便にして、誰にでも容易に施術出来ること②MCVを不活化すること③極めて治癒率の高いこと④痛み、痒みの少ないこと⑤薬剤は安全にして安価であることなどであろう。

- 3) 硝酸銀の特徴について触れておこう。硝酸銀は①水に極めて可溶、②其の水溶液は弱酸性（pH6.0）③其の銀イオンは動物蛋白と結合し酸性蛋白（acid protein）となる。④菌体に結合し強い殺菌力を示す。化膿菌に対するMICは0.02～0.01mg/ml。其の1000倍液は5分以内で淋菌を殺す。⑤その急性毒性は硝酸銀として15～30gとされている。

- 4) 40%硝酸銀液並びにペーストの調製。先ず40%硝酸銀液を作成する。和光純薬工業（株）試薬1級、硝酸銀4.0gに蒸留水6.0gを加え溶解し（当該液10gが出来る）、褐色ビンにて保存する。この際水道水で溶解してはならない。

ペーストは施術の都度、当該液をシャーレ又は磁気性小皿に40%硝酸銀液0.2mlを取り、小麦粉0.05g（25%）を加え速やかに攪拌すると、直ちに半透明のペーストとなる。尚、ペーストは直ちに乾燥してしまうので、長時間の作り置き保存はできない。

- 5) 40%硝酸銀ペースト法の実際（表2参照）。表に薬液法とペースト法を対比して示したが、要点を概略する。①40%硝酸銀ペースト法は旧法（薬液）と異なり、ペーストなので施術に際し、流れることなくMCの頂点にのみ容易につけ得て治療し易くなった。然し、このペーストの硬さ加減は施術者の熟達度にもよるが、軟らかめは、つけ易い反面、速やかにつけて乾燥させないとMCの周囲にもついて、正常皮膚に不必要な炎症を惹起させ、痛み、痒みの原因となり得る。従って私は専ら硬め（25%）のペーストとして使用している。②又、40%硝酸銀液0.2mlとは、1症例30～40個のMCに1回塗布するのに十分な量であり、これを施術し易いようにペーストにしたのである。従って使用する硝酸銀が如何に微量であるかが理解できよう。

(表1)

<p>皮膚科医が学校でチェックすべき疾患</p> <p>アトピー性皮膚炎、 心身症（トリコチロマニー、嚙爪症）、 水痘（帯状疱疹）、麻疹、風疹、（学校伝染病では2種） 溶連菌感染症、伝染性膿痂疹、 単純疱疹（カポジ水痘様発疹症）、 手足口病、伝染性紅斑、 虱、疥癬、 水イボ（学校伝染病では3種—その他の伝染病）</p>
--

(表2)

40%硝酸銀療法	
旧法（薬液法）	改良法（ペースト法）
1. 湿疹症状→軟膏療法3～4日間	湿疹症状→軟膏療法3～4日間
2. 40%硝酸銀液（AgNO ₃ Sol.）の調整	40%硝酸銀液の調整
3.	40%硝酸銀ペーストの調整、AgNO ₃ Sol. 0.2ml + 小麦粉 0.05g（25%）耳かき1杯（攪拌すると直ちに半透明ペースト状となる）
4. 小綿棒、可及的、綿花は微量に	竹ひご（自家製、先端をやや鋭く）
5. 施術前処置：なし	必要に応じて（湿疹症状、施術に不安、恐怖の場合のみ、2%キシロカインゼリー（塩酸リドカイン）を薄く塗布、5～6分後
6. 施術：綿球に微量のAgNO ₃ Sol.を浸して塗布（1回のみ）	竹ひごの先端に直接、微量つけ、水イボの頂点にのみ塗布（1回のみ）
7. 塗布後著明な紅暈（わずかに痒み、痛みの訴えあり）。イソジンゲルを塗布	紅暈軽度（自覚症状ほとんどなし）イソジンゲルを塗布
8. 黒色痂皮化2～4週間後、治癒	

文献)

- 1) 川島真：伝染性軟属腫は取るべきか？ 日皮会誌：111、1793～1794、2001
- 2) Romiti, R, Ribeiro, AP et al: Treatment of molluscum contagiosum with potassium hydroxide: A clinical approach in 35 children, Pedatoric Dermatology 16 228-231, 1999

消毒薬を使った水いぼの治療について

内山光明

横浜市

水いぼ（伝染性軟属腫）のむしらない取り方（痛くない）

水いぼは内山皮膚科ではペンレステープで麻酔して痛くなく取っていますが、やはりむしるので血が出ます。そこで血を出さない方法を考えました。

ステリハイドという消毒薬の原液をほんの少し塗ると、軽いかぶれを起こさせて取ることが出来ます。

用意するもの…爪楊枝、ハサミ

方法

風呂上がりに行く。1日1回。爪楊枝の先のとがった部分をハサミで少し切って先を鈍くする。目薬の容器に入ったステリハイドを楊枝の先に塗る。楊枝の先を水いぼに乗せ、ステリハイドを乗せるように塗る。このとき周りの健康な皮膚にはつけないようにする。綿棒はだめ。乾いてから寝間着を着せる。3～5日間つける。水いぼが赤くなりかぶれてきたら中止、その後5日間休む（ステリハイドを塗らない）。この休んでいる間に問診察を受け、更に塗るか、やめるか、考える。必要があれば更にもう3～5日間治療を続ける。

学校保健における皮膚感染症

日野治子

関東中央病院・皮膚科

学校保健法は1958年に制定されたが、1998年の所謂感染症新法に依じて1種から3種に分類された。第1種は感染症新法の1類、第2種は飛沫感染して、学校で流行する可能性の強い疾患、第3種は学校教育中に流行の拡大を促してしまう恐れが強い疾患である。

学校保健上で、皮膚科と関連の深い疾患は第2、3種に属する。特に問題となるのは疾患の出席停止の期間である。学校保健法で麻疹は解熱後3日過ぎるまで、風疹は発疹が消えるまで、水痘はすべての発疹が痂皮化するまでとされている。一方、第3種は治癒するまでとされ、学校医が感染の恐れがなくなったら、出席させてよいとされているが、その判断は幅があり、統一が困難でもある。さらに「その他」に分類される疾患には溶連菌感染症、伝染性紅斑、ウイルス性肝炎、手足口病、ヘルパンギーナ、マイコプラズマ感染症、流行性嘔吐下痢症、頭虱、疥癬、伝染性軟属腫、伝染性膿痂疹などが含まれていて、多種多様であることも一因である。その疾患の理解は早期発見・治療の必要性、他人へ移さないことなどを学童・生徒・保護者に浸透させることが大切である。

これらの感染症のうちすでに予防接種が可能な疾患については接種が勧められているが、勧奨予防接種に分けられているのはDPT、日本脳炎である。風疹は2003年9月以降は中学生男女にされるが、これを含め以後は生後90月未満に接種されるのみであり、

Primary vaccine failure、secondary vaccine failureなどの恐れを考慮するならば、欧米に倣い、少なくとも麻疹、風疹は思春期に追加接種を勧める動きが出てきている。海外旅行・交流の機会が増えるに連れて、未知の感染症との接触が考慮される昨今、将来のある児童・生徒を中心に、定期・任意予防接種の必要性を説いて行く時期でもある。

例会印象記

第111回例会を担当して



武沼永治

藤沢市

今回の例会の当番をする事になり、まず最初に苦労したのが会場さがしでした。過去藤沢の当番の時は、藤沢で開催されてきましたので、まず藤沢グランドホテルに電話をしたのが平成14年1月中旬でした。例会開催日が平成15年3月7日でしたが、ホテルでは予約は1年前からなので、まだ予約台帳も出来ていないとの事で後日連絡する事にしました。所が3月初めほぼ1年前に電話しました所、当日は大安なので結婚式の予約でいっばいで会場の確保は出来ないと断られてしまいました。あわてて市内のもう1つのホテルに連絡しましたが、同じ理由で断られ、メディカルセンターで、とも考えましたが、懇親会場との関係で、今回は藤沢での開催はあきらめ、共催メーカーであるヤンセンファーマさんをお願いして、エクセル東急ホテルを確保してもらい、ひと安心しました。

テーマについてはあれこれ考えましたが、前回平成9年の第95回例会を担当したときに、故原紀道前会長の御助言により、「次年度より実施予定の介護保険について」でしたので、今回も時事ネタで、と思い、平成15年4月より発足予定の皮膚科の学校医参画への嚆矢となるであろう、神奈川県専門校医（専門相談医）に関連して、テーマは「学校伝染病をどう扱っているか」と決めました。

日常、水いぼやとびひなど皮膚科医が日常接す

る感染性皮膚疾患は、学校保健法ではその他の伝染病に分類され、出席停止の指示をするかどうかは病状により医師の指示に従うとされており、学校、幼稚園、保育園での出欠、プールは可か不可か、個々の事例でその事を決定、統一する基準があればと思っていました。

そこで学校伝染病なら、関東中央病院の日野治子先生に是非という事で、「学校保健における皮膚感染症について」と題する御講演を、そして長年水いぼを中心にして学校保健に関与してこられた茅ヶ崎市の新関寛二先生に、「皮膚科医の学校伝染病へのかかわり～水いぼを中心にして～」という御講演を、又横浜市の内山光明先生には、「消毒薬をつかった水いぼの治療について」と題した御講演をお願いいたしました。

ミニレクチャーとして学校保健担当、横浜市の岩井雅彦先生に「学校保健における皮膚科専門相談医の実施にあたって」と題して今までの経緯を解説していただきました。当日は天候にも恵まれ参加人数は128名で盛況であったのでは、と自賛しております。

終わりに御講演いただいた諸先生、受付の事務の方々、共催メーカーヤンセンファーマ株式会社の方々に感謝いたします。

第112回神奈川県皮膚科医会 第105回横浜市皮膚科医会

日時：平成15年7月6日（日）14：00～

会場：関内新井ホール

テーマ：メラノーマ

1. 会長挨拶 菅原 信（けいゆう病院）
2. イン트로ダクション 鎌田 英明
3. メラノーマの基礎—生化学検査を中心に—
原 弘之（日本大学皮膚科助教授）
座長：鎌田 英明
4. メラノーマの最新の治療 長谷 哲男（横浜市大皮膚科助教授）
座長：毛利 忍
5. 製品説明 三共株式会社
6. 総会
7. 健保問題Q&A
8. ミニレクチャー ナローバンドUVB治療
松山 孝（東海大学皮膚科講師）
座長：太田 幸則
9. 外来診療におけるメラノーマの診断ポイント
斎田 俊明（信州大学皮膚科教授）
座長：菅原 信
10. 懇親会

イントロダクション 鎌田英明

これまでに経験したメラノーマの中で印象に残った5症例をスライドで示した。

私自身、病院に勤務する皮膚科医として近隣の、皮膚科以外の診療科の先生方も含めた諸先生方からのご依頼の中にはメラノーマか？という症例も当然あり、それらが全て皮膚科医なら誰でもわかるというような症例ばかりとは限らず、むしろ最終結論を求められるような症例も数多くあり、責任の重さを感じることもしばしばである。

今回の例会でテーマをメラノーマとして企画したのは、生死を分ける疾患でもあるメラノーマを、会員の先生方と共に、改めて基礎も含めて勉強をし直したいという考えからである。そのため、臨床を斎田俊明信州大学皮膚科教授、基礎を原弘之日本大学皮膚科助教授、治療を長谷哲男横浜市大皮膚科助教授と3人のご専門の先生方をお願いしてご講演いただくこととした。

メラノーマの基礎—生化学検査を中心に

原 弘之

日本大学医学部皮膚科

メラニンには赤～黄色のフェオメラニン (pheomelanin) と黒～褐色のユーメラニン (eumelanin) に大別される。メラニン産生能の証明法として、チロジン反応、ドーパ反応や電顕の観察やS100蛋白、HMB45やNKIC3などの黒色腫関連抗体による検索がなされてきた。われわれは、悪性黒色腫の診断にフェオメラニンの中間代謝産物である5-S-Cysteinyldopa (5-S-CD) を用いて種々の検索を行っている。悪性黒色腫の術前診断法としては、1) 病巣表面をスタンプし、ホルムアルデヒド処理後、蛍光顕微鏡で観察する病巣表面スタンプ蛍光法、2) 術前直前に病巣を穿刺し、スタンプ蛍光法と同様に処理を行い観察する穿刺吸引蛍光法、3) ガーゼ滲出液中および4) 痂皮中の5-S-CDを高速液体クロマトグラフィにより測定している。術中の診断法としては、病巣断面スタンプ蛍光法および組織中5-S-CD測定をルーチンに行っている。さらに術後の腫瘍マーカーとして尿中および血中5-S-CDの経時的測定を行っている。これらの一連の生化学検査について述べるとともに、ホルマリン固定パラフィン包埋未染標本による蛍光法的所見や最近測定法が確立した組織中ユーメラニンおよびフェオメラニンの微量測定法の紹介と尿中・血中5-S-CD値測定以外でその有用性が期待されている悪性黒色腫の腫瘍マーカーについて述べたい。

メラノーマの最新の治療

長谷哲男

横浜市立大学大学院医学研究科環境免疫動態皮膚科学

悪性黒色腫の治療は主に外科療法と薬物療法である。外科療法は、いくつかのmeta analysisを通して切除範囲の縮小化、リンパ節隔清適応の厳正化 (Lens HB et al, Arch Surg, 2002; 137: 458) が行われ、sentinel node biopsy有用性が明らかとなってきた (grade C, level IIa)。

薬物療法はmelanomaの転移巣と、術後adjuvant therapy でのcytotoxic drugs (いわゆる抗癌剤) の有用性について検証された。DTIC単独療法と多剤併用療法の効果についてのmeta analysis (Huncharekら、Melanoma Res, 2001; 11: 75) では、有効率ではDTICを含む多剤併用療法やDTICとIFN- α の併用療法は、DTIC単独療法よりも有用だが、生存率を見る限り有意差はない。術後adjuvant therapyのrandomized controlled trialでは高濃度IFN- α が有用であるとの報告はあるが、抗癌剤が有用との報告はない。また、IL-2、IFN- α と抗癌剤を併用するsequential biochemotherapyと通常の化学療法でも生存予後に関して有意差はないとする報告が多い。

抗癌剤を化学修飾あるいはキャリアーに封入することでがん局所に選択的に到達させ、副作用の軽減を図る試みがなされているが、横浜市大で施行している温熱灌流療法は下肢に閉鎖回路を作成し、抗癌剤を循環・灌流させる方法であり、全身副作用の軽減と局所治療効果の増強をはかる治療法である。この治療法の四肢再発例での有用性は国内外で多数

報告されている (grade B, level II)。

分子標的治療薬は一部の疾患で臨床応用され、高い有効率を誇っているが、メラノーマについてもチロジinkinase阻害薬が使用され、有用との報告があり、今後期待できる治療薬である。

免疫療法はワクチン療法、樹状細胞療法を施行する中で、抗腫瘍効果の作用機序が解明され、adjuvant therapyとしての可能性、進行期への応用が模索されている。

ミニレクチャー「ナローバンドUVB治療」

松山 孝

東海大学医学部専門診療学系皮膚科

光線治療としてPUVA療法およびUVB治療が行われているが、最近では新しい紫外線療法としてUVA1治療、ナローバンドUVB治療がある。今回ミニレクチャーとしてナローバンドUVBについて主として乾癬、アトピー性皮膚炎についてお話した。UVBの波長は、290から320nmであるが、ナローバンドUVBは311から312nmにピークをもつ極めて狭い波長である。そのため従来のブロードバンドUVBに比べ短波長側がないため扱いやすく過剰な紅斑反応を起こしにくく効果もすぐれることから行われるようになってきた。

乾癬、アトピー性皮膚炎、多形日光疹、皮膚T細胞リンパ腫、白斑に効果がある。

東海大学では、まだナローバンドUVB治療を行っていませんので、名古屋市大の森田明理先生よりデータおよび臨床写真を供与していただき供覧した。

照射方法は、1) MEDの70%から開始し紅斑を生じなければ10%ずつ照射量を上昇。2) 淡い紅斑が出現したら、照射量はそのまま照射。3) 境界明瞭な紅斑が出現したら、照射を休止して、次回は照射量をそのまま行い、以後10%ずつ増量する。4) 痛みを伴う紅斑、浮腫性紅斑、水疱を生じるようなら、その症状がなくなるまで待ち、照射量を半減し、その後10%ずつ増量する。ほぼブロードバンドUVBと方法は同じ。週5回の照射はほぼ4週間で、皮疹は寛解する。(日皮会誌111:1229-1236、2001)

効果は、ブロードバンドUVBより効果が優れ、照射早期より改善がみられ、紅斑反応が少なく、寛解期が長い。PUVAと同等の効果があると考えられ、ソラレンを使わないメリットがあり、発ガンは少ないと考えられている。ナローバンドUVBの光源は、TL20W/01R (フィリップ社・オランダ) を用いる。蛍光管は現在使用中のブロードバンドUVBとの交換はサイズが異なり行えない。ヨーロッパでは、交換が可能だったので早くから普及し一般的な治療となっている。

治療の選択肢として非常に効果があり、副作用が少ない治療法と考えられ、東海大学でもそろそろ行いたいと考えている。

外来診療におけるメラノーマの診断ポイント

齋田俊明

信州大学医学部皮膚科

メラノーマは転移を生じやすい、悪性度の高い腫瘍であるので、われわれ皮膚科医はこれを誤診したり見逃したりしないよう、最大限の注意を払わなければならない。進行期のメラノーマの臨床診断は比較的容易だが、ときに基底細胞癌や脂漏性角化症などの鑑別が問題になる。この鑑別のためにはメラノーマの臨床的特徴と鑑別の要点を整理しておく必要がある。メラノーマの臨床的特徴はメラノサイトの悪性腫瘍としての生物学的本質を反映しているものであり、このことを理解しておくこと所見の評価に大いに役立つ。

メラノーマを早期段階 (tumor thickness < 1 mm) で検出し、正しく診断することは、本腫瘍の予後を改善するうえで大きな意義を有する。この早期病変の臨床的特徴を明らかにするためには、メラノーマの組織発生を考察しなければならない。かつて、メラノーマは色素細胞母斑の表皮・真皮境界部病変から生じるとされてきた。Clarkらが良性の母斑からメラノーマへ進展する中間段階の病変としてdysplastic nevusなる概念を提出したのも、このような立場からである。しかし、演者らはメラノーマのほとんどは母斑とは無関係に、表皮基底層部に存在するメラノサイトの癌化によって生じると考えている(de novo説)。de novo説が正しければ、良性の母斑とメラノーマの始まりのmelanoma in situ (MM in situ) とは異なるものだから、鑑別が可能なことになる。母斑とMM in situの形態学的所見の差異も両者の生物学的特徴の本質的違いを反映しているものとして理解される。

Dermoscopy (DMS) は色素性病変に対する皮膚科医の形態学的認識力と診断能力を格段に高める有力な診断法である。演者らは足底のMM in situがDMSにてparallel ridge patternという特異な所見を呈することを見出している。最近の国際的共同研究(CNMD2000)でもDMSがメラノーマをはじめとする色素性病変の診断にきわめて有用なことが確認された。

第112回例会を担当して



鎌田英明

社会保険横浜
中央病院皮膚科

思えば約2年前のことでしょうか。他の皮膚科関連の会合に出た折に神皮の某先生が、「112回は先生に決まりましたよ」と耳打ちしてくれました。一瞬何のことだか合点が行かず、きょとんとしてしまった私に「先生が、神皮の112回を担当することに決まったということですよ。今からテーマを考えておいた方がいいですよ」とアドバイスしてくれました。「えーっ、そんなバカな！」という感じでした。というのもその前年に常任幹事から外れたばかりだったので、自分に担当が回って来ることは無くなったか、あっても大分先のことだろうと内心密かに思っていたこともあり、余計驚いたわけです。でもまあまだ2年も先のことからそんなに焦る事もなかりょう、などと甘い考えで出席した企画委員会で、考えは一変しました。2回先はおろか、既に私の回の内容にまで話は言及し、某先生のアドバイスがあったお蔭で、おぼろげながらも考えていたテーマ「メラノーマ」があったという間に歩き始めました。

「メラノーマ」といえば、私自身これまで何度となく悩まされ続けている疾患で、皮膚科医にとって最も気の抜けない疾患のひとつといっても過言ではないでしょう。そして、まだ大学の医局で走り回っていた頃、当時始まった尿中5-S-CDの測定のため、酢酸の入った蓄尿ビンで外来は酸っぱい匂いで溢れていたことが懐かしく思い出されます。「何とか切る前に診断できないか」当時の森嶋隆文助教授（後の教授）がよくおっしゃっていた言葉です。そんな訳で、その後の5-S-CDを含めたメラノーマの基礎的な知見を故森嶋教授の一番弟子でもある日大の原弘之助教授に話してもらい、また切るしかなかった治療に何か新しい流れ

はないかということで、横浜市大の長谷哲男助教授に温熱療法を中心にした最新の治療のお話をさせていただくことも決まりました。そしてメラノーマをあまり難しい話にしないで、しかも新しい知見も取り入れて、更には明日からの臨床に直結する、こんな都合の良いコンセプトを聞き入れてもらえる講師の先生を選ぶことが担当幹事に課せられた最大の仕事になったわけです。しかし、案ずるより生むが易しとは昔の人もうまいことを言ったもので、企画委員会の中でどんどん話は進み、メインの講師としては斎田俊明信州大学教授がすんなり決定しました。その上、ありがたいことにはご同窓の好で滝沢清宏副会長が直々にご依頼のお電話をさせていただけることまで決まっていたのでした。後日伺ったお話ですが、この電話の際、滝沢先生の威勢のよいお元気なお声に、斎田先生のご家族が不動産屋のマンション勧誘の電話と勘違いされたとか……滝沢先生、申し訳ございませんでした。そんな訳で、幸せなことに皆様のご協力を得て、当の幹事は何もしないうちに話は進み、ともかく順調な滑り出しとなりました。

その後1年程は担当であることを忘れてしまうかと思うほど長く感じましたが、逆にいよいよ次だという頃になるともうそんな時期になってしまったのかという感じになる、なんとも不思議なものです。

さて、いよいよプログラムの最終案が承認され、会員の先生方に発送されて返事のはがきが返ってくるようになると、いったいどのくらいの方のご参加をいただけるのか、毎日戻ってくるのはがきの仕分けをしながらドキドキでした。幸いなことに続々と「出席」のはがきが戻ってきて胸をなでおろ

しました。あとは当日の天気だけだと思っていたところに、原助教授が体調を崩し入院の報が入り、真っ青になって栗原誠一幹事長に相談のメールを入れたところ、「それは担当幹事が代行するしかない」とのお返事。これは大変なことになったと焦りましたが、これも幸いなことに原先生がすぐに復調され、例会にも支障がないことが分かり、またまた胸をなでおろしたわけです。

そんなこんなで例会当日を迎えました。会場の設定や種々の手配などは共催メーカーの三共さんがぬかりなくやってくださっていて、天気も予報が外れて大した雨も降らずにすみ、あとは担当幹事がドジをふまない限り失敗の理由がない状況になっていました。

そしていよいよ例会が始まったわけですが、参加者も150名を数え、プログラムも多少の遅れは

出たもののほぼ予定通りに進行し、私にとってはあっという間という感じで懇親会まで進みました。電車の時間の関係で斎田教授に懇親会の席でゆっくりしていただけなかったのが心残りでしたが、とにもかくにも盛会裏に会を終えることができてほっとした瞬間でありました。

その後、お世辞もあるでしょうが、何人もの先生に「いい会だった」とお褒めのお言葉を頂く機会がありましたが、それもこれもご講演を頂いた先生方、菅原信会長をはじめとする神皮の先生方、そして事務局の瀬尾志津江さん、共催メーカーの三共株式会社、皆様のサポートがあればこそと、ここで改めて御礼申し上げる次第です。例会後の企画委員会で、菅原会長が冗談混じりに「鎌田またやるか？」と11回の担当を言われましたが、暫くは（できれば一生）パスです！

第113回神奈川県皮膚科医会 第80回茅ヶ崎医師会皮膚科部会記念会

日時：平成15年12月7日（日）14：00～

会場：崎陽軒本店

テーマ：小児の血管腫（特に莓状血管腫の自然治癒とレーザー治療）

1. 会長挨拶 菅原 信（けいゆう病院）
2. イントロダクション 富山 良雄（茅ヶ崎市）
3. 小児の血管腫について～莓状血管腫の自然治癒を中心に～
西村 昂三（聖路加国際病院前副院長）
座長：富山 良雄
4. 製品説明 住友製薬株式会社
5. 議事
6. 健保問題Q & A
7. ミニレクチャー～疥癬の診断
林 正幸（厚木市）
座長：新関 寛二（茅ヶ崎市）
8. 血管腫のレーザー治療～特に莓状血管腫を中心に～
宮坂 宗男（東海大学医学部形成外科講師）
座長：金丸 哲山（横須賀市）
9. 血管腫について～まとめ～ 齊藤 隆三（東邦大学医学部附属大橋病院皮膚科教授）
座長：小野 秀貴（茅ヶ崎市立病院）
10. 懇親会

小児の血管腫について～莓状血管腫の自然治癒を中心に

西村昂三

聖路加国際病院小児科名誉医長

1950年代のアメリカでは、小児の各腫瘍の自然経過を詳細に観察記録しTumor Biologyと呼んでいた。当時、莓状血管腫は乳児前期に急速に増大するため、外科的切除がよく行われ、その他ドライアイス療法、硬化剤注入、放射線照射など種々の治療が行われていた。その中で自然経過の観察も行われ、出生時の存否に拘らず生後に増大するものは自然消退することが判明した。当時、本症を無治療にて経過観察する上で一番問題になったのは、両親の同意を得ることであったと言う。

自然消退の最初の記載は、米国文献によると、1938年、英国のListerとされる。本血管腫は女児に多く大多数は単発で約半数は頭頸部にできる。生後増大するものは自然退縮するが、出生時に見られない場合は、蒼白ないしは貧血状の小白斑が見られ、そこに発生する。生後増大しないものは退縮しないことが多い。増大停止から退縮開始までの期間はまちまちで、退縮は中央部から周辺へ広がる。鮮紅色が黒ずみ灰色化し、容積縮小、表面の張りが減少、厚みが減るが面積の縮小は遅れる。退縮徴候出現時期は6ヶ月迄15～20%、

6～12ヶ月65%、残りは1歳以降。完全消失は5歳迄60%、9歳迄90～95%。増大の発生機序は2説あり—(1)先天性血管形成異常説(Willis)。細胞増殖はなく奇形または過誤腫と思われる血管組織の管腔形成と血流成立により増大。(2)胎性血管内皮細胞過増殖説(Swerdlow)。非悪性胎性細胞の分裂により増大。なお退縮機序については不明。

次にKasabach-Merritt症候群の自験女児例を提示。出生時左側胸壁、左腋窩、左上腕内側に発赤を認め、同部に血管腫が増大し、生後24日にDICをおこし入院。心、肺、左肩関節が照射野に含まれるため、放射線照射は行わずメチルプレドニン大量静注など内科的治療のみで好転。入院51日で退院。血管腫は消退し後遺症も見られない。

以上血管腫の診療に際しては本症の自然経過に充分配慮すべきと思う。

疥癬の診断

林 正幸

厚木市

疥癬の診断について、1)最近の文献の紹介、2)疥癬の典型例の呈示、3)診断が困難である事例の順に講演した。

- 1) **最近の文献**：血清学的診断については疥癬に罹患した犬の研究¹⁾を紹介した。データを吟味すると虫体検出例では抗体陽性率が高いが、虫体陰性でも治療に反応した疑診例では抗体陽性率はまだ低いという結果であった。また、疥癬患者1例の鱗屑を材料としてPCRにより疥癬虫の同定を行った文献²⁾にも言及した。
- 2) **疥癬の典型例**：疥癬の臨床症状の特徴として、(i)夜間の瘙痒、(ii)流行、(iii)知らぬ間の発症、(iv)特徴的な発疹とその分布があり、(iv)については疥癬トンネル、紅色小丘疹、小結節のうち疥癬トンネルが診断上重要であることを強調した。また、疥癬トンネルから虫体、虫卵を検出する技法を解説した。
- 3) **診断が困難である事例**：(a)発症初期で疥癬トンネルが存在しない時期である場合、(b)疥癬トンネルは存在するが、その数が少なかったり好発部位ではない部位に存在する場合、(c)特殊型である場合が考えられる。約3割の疥癬患者では疥癬トンネルが1～2ヶ所しか存在しないこと、疥癬トンネルの好発部位から判断して手と手首→肘→足と足首→陰部の順で診察すると効率がよいことを説明した。特殊型についてはM. Orkinの1977年の旧分類、1995年の新分類を示し、crusted scabies, nodular scabies, animal-transmitted scabiesの自験例および全国各地の学会で発表された珍しい疥癬の症例(scabies of the scalp, scabies incognito, bullous scabies等)を担当医の許可を得て供覧した。最後にPost-scabietic pruritusという概念を説明した。

文献

- 1) Bornstein S et al: Vet Dermatol 7: 21, 1996
- 2) Bezold G et al: Br J Dermatol 144: 614, 2001

血管腫のレーザー治療～特に苺状血管腫を中心に

宮坂宗男

東海大学形成外科

苺状血管腫に対するパルス色素レーザー治療の有用性を最初に報告したのは、1989年のGlassbergらの報告である。その後1992年、Gardernが、パルス色素レーザー治療により色調の改善、扁平化、治療後の皮膚萎縮のいずれの点においても、パルス色素レーザー治療で優れた効果が得られたと報告した。1995年、Scheeperらは、苺状血管腫に対する治療で、53%に著明な色調の改善を認めたが血管腫の退縮効果は認めず、一方、腫瘍退縮後の紅斑や毛細血管拡張に対しては全例で満足した結果が得られたとしている。

しかし、1993年、AshinoffとGeronemusは、苺状血管腫の早期のパルス色素レーザー治療にもかかわらず、深部病変が出現・増大した症例を報告し、発症早期からのパルス色素レーザー治療が深部病変の増大を抑制しない可能性を指摘した。本邦では、2000年、岩崎らは早期よりパルス色素レーザー治療を開始し、ほぼ完全消失したのは局面型で81%、腫瘤型では12%であったと報告している。2002年のBattaらによるパルス色素レーザーと従来のwait and seeと比較した研究によれば、治療効果に有意の差がなかったとしている。しかもパルス色素レーザー治療は、治療後に皮膚の萎縮や色素脱出を来すことがあり、従来のwait and seeの方が良いとしている。しかしいずれの報告でも、苺状血管腫の色調を早期に改善し、Battaらの報告を除けばほとんど副作用がない点では共通しており、特に局面型の扁平な病変に対して有効性が高いことが確認されている。苺状血管腫は、自然消退するが消失するまでの期間の精神的な不安を見過ごすことはできない。ゆえに苺状血管腫ならwait and see policyでよいという画一的な考えを捨て、発症早期に副作用のないパルス色素レーザー治療を行うべきと考える。

血管腫について～まとめ

斉藤隆三

東邦大学大橋病院皮膚科

血管腫、とくに苺状血管腫の治療についてまとめてみる。苺状血管腫は腫瘍性増殖を主体とするが、自然消退が期待される血管腫である。生後3～4週目より隆起性となり、6～7カ月までに極期に達する。その後一定の静止期を経てから徐々に退縮が始まる。5～6歳までにはほぼ完全に消退することが多い。しかし、局面型や皮下型では消退傾向が強いが、腫瘤型特に真皮から皮下に及ぶ巨大型では病巣が残存し、醜形を残すことがある。

血管腫の治療については、次のような点を考慮する必要がある。①生命や機能に障害を与えるようであればそれを防止せねばならない、②永続的な醜形の防止、③患者および家族の心理社会的ストレスを最少にする、④瘢痕を来しうる行為を避ける、⑤潰瘍の防止、感染、疼痛などを最少にする、などである。さらに積極的治療の適応として、①生命に関わる器官に浸潤するとき、②破壊的で急速に増大するとき、③開口部を閉鎖するとき、④出血するとき、⑤心血管系の代償不全を来すおそれのあるとき、などである。

本症の治療については以前はwait and seeが主流であった。手術療法、放射線療法など

の治療により癍痕を残すこともあり、整容的に問題があったからである。1989年、色素レーザーが有効との報告がみられてから、最近では早期レーザー治療が第一選択とされるようになってきた。その他の方法として、持続圧迫療法、凍結療法、ステロイド剤やインターフェロン α などの薬物療法などがある。それぞれに有効性が報告されている。血管腫の部位、大きさ、性状などを考え治療の選択を行う。それには患者・家族との話し合いを十分に行うことが重要であり、今日においてもwait and seeも選択肢の1つとなっていることには変わりはない。

例会印象記

第113回例会を担当して



富山良雄

茅ヶ崎皮膚科部会

蕁状血管腫は、体のいたるところに発生するが、女兒に多く、約半数は頭や頸部にみられるという。口周囲にできた場合には哺乳障害をおこしたり、鼻周辺に生じると呼吸障害をおこすこともある。また、顔面にできると、両親や周囲の人々の心配は並大抵のものではない。元来、外科的治療や放射線治療が行われてきたが、一方、アメリカでは既に1950年ごろより、自然治癒があるとされ、我が国でも1961年アメリカのハーバード大学、ポストン小児病院より帰国された聖路加国際病院小児科の西村昂三先生が、これを示唆され、以来、私共だけでなく、世界一般においても「蕁状血管腫は自然になおる」と、これが常識のように言われるようになったと思う。

今回、西村昂三先生には、蕁状血管腫の発生と病理、更にはその歴史的背景についてもお話しいただくことができたが、アメリカの文献によれば、1938年、英国のListerによって、既に自然治癒についての報告がなされ、記載されているということであった。

最近、生命の維持や身体の機能を阻害する蕁状血管腫について、更には顔面の蕁状血管腫の自然治癒後の癍痕を軽減するために、レーザー治療が

行われているが、これに関しては東海大学形成外科宮坂宗男先生にパルス色素レーザー治療を中心に数多くの症例の紹介をまじえてお話しいただき、私共は大きな知識を得る事ができた。

今回は最後に、東邦大学第2皮膚科教授、日本小児皮膚科学会会長、斉藤隆三先生に血管腫一般について講演していただいたが、3人の先生方が共に強調された、印象深い一言がある。それをこの誌面でご紹介して私の印象記の結びとしたい。

「蕁状血管腫をみたときには、その両親や家族の精神的不安を十分に考慮すること。更に、自然に経過をみると決めた時には、両親やその家族の十分な同意を得る事が必要である」

インフォームドコンセントが広く叫ばれている今日だが、改めてその重要性を認識した次第である。

追記：今回の医会は、神奈川や東京から約170名の参加者があり、大変盛況裏に終わったが、これはひとえにご講演いただいた講師の先生方、また、事務局の瀬尾志津江さん、共催の住友製薬上本陽子さんを中心とする皆様のお陰であり、ここに心からの感謝を申し上げます。

皮膚の日



講演：相馬良直先生
(聖マリアンナ医科大学助教授)

2003年11月9日(日)、横浜そごう9階市民ホールにて「皮膚の日」の講演会を行いました。当日は衆議院選挙と重なり、また天候も曇りで午後からは雨も予想されたため聴衆が集まるか危惧されましたが、心配無用でした。午後1時前には会場に入りきらない位に人が集まり、空いている席への誘導をするほどでした。

午後1時、「皮膚の日」担当の伊東の司会で、まず神奈川県皮膚科医会会長の菅原信先生の挨拶で講演会は始まりました。講演は聖マリアンナ医科大学助教授の相馬良直先生が「ステロイド軟膏は危ない薬か？(アトピー性皮膚炎の治療を中心に)」というテーマで行われました。関心の高いテーマであり、また相馬先生がとてもわかりやすく丁寧に講演されたので、皆、非常に熱心に聞き入っていました。講演内容は多岐にわたり、民間療法にも触れ、すばらしかったです。

講演終了後は、質疑応答が行われ、自らがアトピー性皮膚炎で長いこと治療されてきた方などからも積極的な質問があり、かなり時間をオーバーしてしまいました。栗原誠一幹事長の締めの挨拶で無事終了しました。

隣の部屋では、NOVの製品展示もあり、かなりの人が訪れていました。

終了後は反省会を兼ねて、打ち上げ会をして解散となりました。

聴衆：82名

当日応援で参加された先生(敬称略)：10名 菅原、滝沢、毛利、栗原、増田、太田、武沼、浅井、相馬、伊東。

お忙しい中、参加された先生方と当日手伝って頂いた製薬会社およびNOVの関係者に深く感謝いたします。

(文責：「皮膚の日」担当 伊東文行)