

第117回神奈川県皮膚科医会 小田原皮膚科医会例会

日時：平成17年3月6日（日）14:00～

会場：関内新井ホール

テーマ：皮膚附属器腫瘍—病理組織学的診断を中心に—

1. 会長挨拶 菅原 信（けいゆう病院）
2. 議事
3. 健保問題Q&A
4. 個人情報保護法施行前に準備すべきこと
浅井俊弥（横浜市）
5. ミニレクチャー 皮膚科医が知って得する簡易迅速診断法
毛利 忍（横浜市）
座長：内藤 静夫
6. 製品説明 アベンティスファーマ株式会社
7. イントロダクション 戸澤 孝之（小田原市）
8. 皮膚附属器腫瘍の病理診断の付け方、考え方
真鍋 俊明（京都大学医学部附属病院病理部部長・教授）
座長：日下部 芳志
9. アポクリン、エックリン管・腺系の腫瘍
真鍋 俊明（京都大学医学部附属病院病理部部長・教授）
座長：相川 洋介
10. 情報交換会

ミニレクチャー「皮膚科医が知って得する簡易迅速診断法」

毛利 忍

横浜市

迅速診断にはいろいろなものがある。最近では、キットになっている物ができた。これは咽頭ぬぐい液でstreptococcusの判定をするキットである。これはインフルエンザのキットである。これはロタウイルスとアデノウイルスが一度にわかるキットである。このようなキットは結果が数分でわかり便利であるが、初期では陽性にならないなどの問題点がある。また、そのウイルスしか判定できないので皮膚科ではあまり役に立たない。その他にも肺炎球菌、クラミジアなどのキットが発売されている。

われわれが昔から行っている直接鏡検は、もっとアナログ的であり、捨てがたい情報量を提供してくれる。もっと活用すべきであろう。たとえば足の親指が腫れて一部が潰瘍化しており、黄白色の滲出液が出ていたらそれを鏡検してみる。針状結晶が見られれば痛風である。しらみは大きいので肉眼でも見える。ヒゼンダニは鏡検が必要。真菌検査は言を俟たない。糸状菌、カンジダ、癬風などは其々KOH、パーカーKOHなどでよく見える。

Tzanckテストは時間がかかるとしてやらない人もいるとか。Giemsa染色は15分かかる

が、染色液を選べば瞬時に染まるものも多い。ヘルペスに感染した細胞は、核が膨隆した細胞で、細胞質は青く染まる。これはウイルスに感染した表皮細胞である。acantholytic cellは似たように見えるが、核が構造を保っており、角小体も見えるので鑑別できる。また見える細胞の大小不同がない。この例は家族性良性慢性天疱瘡であった。

膿があるときには塗沫標本を引くと参考になる。薄層標本はなるべく薄く引くのがコツである。乾燥固定し染色はTzanckテストと同じでよい。グラム染色は20分ぐらい時間がかかる。皮膚表面感染症では、グラム陰性菌は稀なので、ライトブルー染色などでもよい。油浸で白血球に取り込まれた細菌があれば、それが起炎菌と考えられる。

このように直接鏡検法は情報量が多いので、第一線の皮膚科医としてはぜひ行って欲しいと思う検査法である。

皮膚附属器腫瘍—病理組織学的診断を中心に—

真鍋俊明

京都大学医学部附属病院病理部部长・教授

本講演を、第1部「皮膚附属器腫瘍の病理診断の付け方、考え方」と第2部「アポクリン、エックリン管・腺系の腫瘍」に分けて行う。皮膚附属器腫瘍の病理組織を見るには幾つかの基本を予め知っておかなければならない。(1) 病理組織診断の付け方の原則を理解しておく、(2) 皮膚の正常構造をよく知る、(3) 皮膚組織の発生について、a. 発生の進展における各構造の関係、b. 発生の進展に伴う組織形態の変化を知る、(4) 分化方向を捉える基準を確立しておく、ことと、(5) 今まで報告された腫瘍の名称と概念を知ることがそれに当たる。

第1部では、まず病理診断の付け方の原則についてお話する。そして皮膚附属器の正常組織像、発生について詳しく説明した後、各部分への分化の組織学的指標についてまとめる。各附属器腫瘍の起源の捉え方、分類に関しては、以下のようにまとめることができる。(1) 毛包系、アポクリン腺系、脂腺系への分化の認知は比較的容易である。(2) エックリン腺系への分化の良い指標がない。従って、除外診断とならざるを得ない。(3) 導管系についてはアポクリン、エックリンの区別はつかない。(4) 導管系腫瘍の分化は附属してみられる成熟した腺あるいは毛包構造によって診断する。(5) 各系に対する芽細胞の存在を認識する。(6) 多方向への分化を認める場合の取扱いには、splitters' approachとlumpers' approachがあるが、中道の道を取る必要がある。このため、優勢を占める細胞で代表させる方法や発生段階でより低位にある細胞で代表させる方法が取られている。(7) 各腫瘍の名称と概念を知る。最後に幾つかの例を提示する。

第2部では、アポクリン・エックリン管・腺系の腫瘍について、各正常部位への分化を示すと考えられる腫瘍を系統的に提示し、その特徴と捉え方を示す。

第117回例会を担当して

戸澤孝之

小田原市

2003年夏の日のことでした。当医会のゴルフ同好会である六六会のコンペに参加した日のことです。ゴルフ場に着くと栗原誠一幹事長をはじめとする何人かの先生が私の前に集まってきて、こう話しかけてきました。「第117回の担当幹事に決まりましたので宜しくお願いしますね」。考える暇も与えられず、「では、これにて正式の連絡とさせていただきますので宜しく」と言われ、あっという間に承諾させられるという羽目に陥りました。宴会の席で酔った勢いでセミナーなどが企画され、その担当を任されるという経験は何度かありますが、まさか例会の幹事を「さあこれからゴルフだ」という時に言い渡されるとは夢にも思いませんでした。当日のスコアが芳しくなく優勝を逃したのは、多少なりとも心の動揺があったからに違いありません。

どのようなテーマにするかは悩みましたが、最終的に自分自身が興味のある「皮膚附属器腫瘍」に決めさせて頂きました。真鍋俊明先生（京都大学医学部附属病院病理部部长・教授）に講師をお

願いし、総論として“皮膚附属器腫瘍の病理診断の付け方、考え方”、各論として“アポクリン、エックリン管・腺系の腫瘍”というタイトルでお話し頂きました。

ミニレクチャーでは、毛利忍先生から「皮膚科医が知って得する簡易迅速診断法」というタイトルで日常診療に役立つ実践的なお話を、また、浅井俊弥先生から「個人情報保護法施行前に準備すべきこと」をお話しして頂くことが出来、バラエティーに富んだプログラムを組むことが出来ました。

今回、幹事を担当し、一つの例会の開催にはどれほど多くの先生方のご協力が必要なのか、改めて再認識させられました。

最後に、講師の先生方はもちろんのこと、会長、幹事長をはじめとするスタッフの先生方、さらには共催メーカーのアベンティスファーマ株式会社および事務局の瀬尾志津江様にご尽力を頂きましたことを厚く御礼申し上げます。

第118回神奈川県皮膚科医会 第111回横浜市皮膚科医会

日時：平成17年7月3日（日）14:00～

会場：横浜シンポジア

テーマ：水疱性類天疱瘡

1. 会長挨拶 菅原 信（けいゆう病院）
2. 総会
3. 健保問題Q&A
4. ミニレクチャー タバコと皮膚（日臨皮シンポジウムより）
原 尚道（鎌倉市）
座長：浅井 俊弥
5. 製品説明 塩野義製薬株式会社
6. イントロダクション 山田 裕道（国際親善総合病院）
7. 自己免疫性水疱症：類天疱瘡とその周辺
西川 武二（慶應義塾大学名誉教授、左門町皮膚科）
座長：木花 光
8. 水疱性類天疱瘡の薬物治療
河原 由恵（けいゆう病院）
座長：畑 康樹
9. 水疱性類天疱瘡の血漿交換療法
総論：山田 裕道（国際親善総合病院）
各論：高橋 一夫（横浜市立大学準教授）
座長：杉田 泰之
10. 情報交換会

自己免疫性水疱症：類天疱瘡とその周辺

西川武二

慶應義塾大学名誉教授、左門町皮膚科

天疱瘡、類天疱瘡に代表される自己免疫性水疱症は90年代から分子生物学が抗原解析に導入され、多くの新しい知見が蓄積され結果としてさらにいくつかの新しい水疱症の誕生につながるようになった。演者は自己抗体が発見された時期からこの領域に興味を持ち続け今日に至っている。本講演では、はじめに類天疱瘡全体について臨床所見を中心に総説し、ついで類天疱瘡を特徴づけている抗表皮基底膜部抗体の病因・診断に果たす役割について述べた。また、すでに健康保険採用となったデスモグレインELISAに続いて収載が期待されている抗表皮基底膜部抗体検査試薬BP180ELISAの有用性についても言及した。

水疱性類天疱瘡の薬物治療

河原由恵

けいゆう病院

水疱性類天疱瘡は自己免疫性水疱症であり、薬物治療としては副腎皮質ステロイド剤（以下ス剤）の全身投与が中心となる。ごく軽症例では、very strongクラス以上のス剤外用にてコントロール可能な場合もあるがまれである。病勢に応じてPSL換算で30～60mg/日の初期投与量で治療を開始するが、併用薬を要する場合や、パルス療法を必要とする場合もある。併用薬の代表としては、各種免疫抑制剤（シクロスポリン、アザチオプリン、シクロフォスファミドなど）、テトラサイクリン系抗生剤+ニコチン酸アミド併用療法（TC+NA療法）、DDS、金製剤などがあげられる。

TC+NA療法は、軽症例においては単独でも寛解を得られる可能性があること、ス剤全身投与の追加が必要となった場合でも、投与量を少量に抑える効果が期待されることより、軽症から中等症においてはス剤全身投与前に試みることも可能である。遅くとも2週間で効果が発現するので、効果が得られない場合これを超えて漫然と使用すべきではない。また当初重篤な副作用はないとされていたが、ミノサイクリン使用例では薬剤誘発性間質性肺炎（好酸球性肺炎）の発症に注意すべきである。

シクロスポリンはス剤抵抗性の場合に追加されることが多く、他の免疫抑制剤に比べ重篤な骨髄抑制がおきないので比較的使用しやすい。T細胞を介した免疫抑制作用の他、細胞膜のP-糖蛋白質を介したス剤の細胞外排出に対する拮抗阻害によるス剤抵抗性の緩和作用も注目されている。

なお、最近報告され今後の展開が期待される薬物治療としては、免疫グロブリン大量静注、マクロライド系抗生剤、インターフェロン γ などもあげられる。また、ス剤や免疫抑制剤を主体とする治療を長期に要することが多く、高齢者に好発する疾患であることから、感染症、糖尿病、骨粗鬆症などの副作用発症に十分留意し予防措置をとることも必要である。

水疱性類天疱瘡の血漿交換療法（総論）

山田裕道

国際親善総合病院

本邦皮膚科領域における血漿交換療法は1979年、小川らが尋常性天疱瘡に行ったbag式遠心分離法を嚆矢とする。水疱性類天疱瘡に関しては1982年、Takamori K.らのbag式遠心分離法の報告が最初であるが、1985年には本会の会員である杉山らが早くも二重膜濾過血漿交換療法（double filtration plasmapheresis:DFPP）の本邦第1例を報告している。

自己免疫性水疱症に対する血漿交換療法の治療メカニズムは水疱発症のfirst triggerである流血中の自己抗体の除去～減少にある。血漿交換後の自己抗体産生は、従来は置換液として用いた新鮮ヒト凍結血漿中（FFP）に含まれる何らかの自己抗体産生抑制因子により抑制されると推測されていた。FFPを用いない現在においては、併用するステロイド剤・免疫抑制剤がその役割を果たしていると考えられる。

自己免疫性水疱症の血漿交換療法の適応は①ステロイド剤、免疫抑制剤などの既知の治

療薬が何らかの理由により使用できない症例、②高い自己抗体価が証明され、病変が広範囲に及ぶ重篤な症例で、ステロイド剤の長期大量投与が推測される症例、③既知の治療薬使用にもかかわらず、臨床症状の改善が芳しくない症例、④既知の治療薬の減量・中止が必要にもかかわらずそれが不可能な症例、があげられる。血漿交換療法の効果判定は自己抗体価の変動、臨床症状の改善、ステロイド剤の減量、寛解導入・寛解期間、副作用の有無などによってなされる。

血漿交換療法は自己抗体を除去するために、最初は分離血漿全部を廃棄していたが、膜分離技術の進歩によって選択的除去（DFPP）へと進歩した。今なおDFPPが皮膚科領域における血漿交換療法の主流であるが、将来は自己抗体のみの特異的除去法としての免疫吸着療法が期待されている。

水疱性類天疱瘡の血漿交換療法（各論）

高橋一夫

横浜市立大学準教授

二重膜濾過血漿交換療法（DFPP）の導入が必要となるケースは①ステロイドパルスやシクロスポリンを併用しても治まらないような場合、②合併症や年齢的な問題があつて既存の治療が十分施行できないような場合である。水疱症の中で、特に水疱性類天疱瘡（BP）に焦点をあてると適応となるケースは多くはない。本講演では我々が経験しDFPPが奏効したと思われた症例を供覧する。

【症例】32歳、女性。【現病歴】平成13年9月頃両大腿、背部にびらんを伴った爪甲大の紅斑が出現した。他院皮膚科を受診し、BPと診断され、入院となった。PSL100mg内服にて皮疹が軽快した。PSL25mgまで減量した時点で皮疹が再燃したため、シクロスポリン150mg内服、DFPP施行、PSLを再び100mgへ増量するも改善しなかった。ステロイドパルス療法施行し、ようやく改善したが、PSL15mgまで減量した時点で、ステロイドの副作用に悩み平成15年2月頃からPSLを自己減量後に中断した。3月下旬に再び紅斑を認め、転居に伴い4月3日当科を紹介され受診した。【治療および経過】入院後PSL40mg、シクロスポリン5mg/kg使うも、皮疹の拡大とまらず、PSL増量しDFPPを併用した。DFPP計8回施行し、皮疹、抗BP180抗体価の改善を認め、徐々に減量し現在PSL10mgのみで経過観察している。抗BP180抗体価は測定感度以下であるが、経過中PSL8mgに落としたところ抗体価の上昇傾向が認められ現在のPSL10mgが維持量と考えている。

以上のような症例報告とは別にBPにおける抗BP180抗体価の有用性についても述べる。我々はBPと臨床診断できた21例につき抗BP180抗体価を測定した。その結果陽性率は80%と高く、しかもその抗体価は病勢と一致し、重症度ともよく相関した。測定時期については、初診時に測定して重症度を判断し、経過で測定することで治療反応性を予測し、陰性が続けばPSLを減量できるが、少しでも再上昇が認められればそこが維持量と考えておくとうるに活用できると考えている。

第118回例会を担当して

山田裕道

国際親善総合病院

平成14年の秋だったと思います。当院の地域連携医の会合の際、本医会の役員である女医先生から「平成17年夏の例会の当番幹事は先生に決まったわよ。何でも好きなことやっていいから」といわれ、びっくりしました。当時私は幹事になったばかりで、これまでの例会の出席率も悪く、大役を担う立場ではなかったからです。年末の企画委員会に出席して、もはや断れない状況を察し、「今後まじめに医会に参加せよ」(?)というありがたい申し召しだと解釈して引き受けることになりました。

最初に考えたのはテーマでした。その頃当院近隣の複数の老人ホームに水疱性類天疱瘡 (BP) の新患が3名、寛解通院中の患者が3名、計6名のBP患者がいました。またそのころ遠方に在住の私の知人が病名が解らず1年経過し、東京にやってきてそれがBPと診断されたとのことでした。高齢化社会になればBP患者も増えるでしょうし、皮膚科医の在宅医療においても、BPに遭遇する機会も増えるでしょう。またBPに関してはこの20年の間に病因が解明され、検査法、治療法もはるかに進歩しました。これなら会員の先生方にも有益だろうと思いました。

次の選考は演者でした。BPの病因論、検査法を含めてその解説を西川武二慶應義塾大学名誉教授に特別講演としてお願いすることにしました。治療法としては薬物治療として、けいゆう病院の河原由恵先生に、血漿交換療法は横浜市大の高橋一夫先生にお願いしました。どなたも顔見知りでありましたので、すぐに快く引き受けて下さいました。企画委員会では「血漿交換なら君も話さなくては」「いや、当番幹事が講演した前例はあり

ませんので」「前例は作ればいいの、ぜひやりなさい」という論議のすえ、私も僣越ながらBPの血漿交換療法総論を話させていただくことになりました。しかしここで問題がひとつ、話の展開は病因、検査、治療となりますがこれでは西川教授の特別講演が先になってしまいます。この件も企画委員会の上承を得て、西川教授にもご理解をいただきました。

次は会場の選定でした。これはもう以前から心づもりがありました。以前日本レーザー治療学会が横浜シンポジアで行われた時、その会場のよさとロビーからの眺めのよさに、もし自分が学会を企画するときにあればここを使おうと思っていました。神奈川県皮膚科医会としてはなじみのうすい会場でしたが、会長が昔使ったことがあるということで、この件も企画委員会の上承が得られました。

最後の準備はプログラムでした。素晴らしい会場に1人でも多くの会員に集まっていたいただきたいの思いから、会場から撮影した大さん橋国際客船ターミナルの客船の写真をパンフレット、プログラムに使うことを考えました。平成16年7月17日に大型客船、飛鳥、にっぽん丸、ふじ丸の3隻が入港するという情報を得て、撮影に出向きました。同日に3隻もの客船が集まることは年にいくつもありますがありません。会場支配人の福居さんのご好意で屋上から撮影することができました。フィルム3本72枚の写真の中から、文字入りでも構図のよい1枚を選びパンフレットとし、事あるごとに配布して宣伝してきました。

さていよいよ7月3日がやってきました。私にとっては今年最大のmain eventです。10時30分頃

には会場に入り、各部署をチェックしました。当日はさほど暑くもなく、学会に出向くにはちょうど良い気温で、最終的に124名の会員が集まって下さいました。ただ天候は本曇りといったところで、自慢の会場からの眺め、海の青さが映えなくて残念でした。幹事会・総会・例会・情報交換会とあっという間に時間が経過してゆきました。ロビーからの夜景は思っていた通りで、豪華客船「ばしふいっくびいなす」が花を添えてくれました。会員の先生から「横浜に長いこと住んでいるが、こんなにきれいな場所があるとは知らなかった」というお言葉をいくつか戴きました。

多々至らぬ点もあったと思いますが、何とか無事に例会を終わることができました。終始笑顔で相談にのって下さいました栗原誠一幹事長、会場

選定・パンフレット作成などいくつかの新企画を快く了承して下さいました菅原信会長に感謝申し上げます。また例会運営をご教示下さった、前回、前前回当番幹事の戸澤孝之先生、川口博史先生、当日の運営に参加して下さった座長をはじめ多数の先生方、皮膚科医会事務局の瀬尾志津江さん、共催戴いた塩野義製薬の皆さんありがとうございました。最後になりましたが、講演して戴いた先生方に厚く御礼申し上げます。特に西川武二先生には「ちょうどBPをまとめたところだった。いい機会を作ってくれてありがとう」とおっしゃっていただき、私もうれしく思いました。それでは皆さん、(健保適応になったら)BP-180を積極的に測りましょう。

