

神奈川県皮膚科医会・第150回例会 第21回川崎市皮膚科医会例会

日時：平成28年3月6日（日）14：00～

会場：関内新井ホール

テーマ：「皮疹からみる膠原病」

1. 開会
2. 医会報告
3. 健保コーナー Q&A
4. ミニレクチャー「爪白癬の治療戦略」
清 佳浩（帝京大学医学部附属溝口病院皮膚科教授）
座長：宮川俊一（川崎市立川崎病院）
5. イントロダクション
足立 真（関東労災病院）
6. 講演1「皮膚筋炎 ～皮疹のみかたと診断のポイント」
藤本 学（筑波大学皮膚科教授）
座長：川上民裕（聖マリアンナ医科大学）
7. 講演2「膠原病の皮膚潰瘍 ～臨床症状と治療について」
尹 浩信（熊本大学大学院生命科学研究部皮膚病態治療再建学分野教授）
座長：足立 真（関東労災病院）
8. 情報交換会

爪白癬の治療戦略

清 佳浩

帝京大学医学部附属溝口病院皮膚科教授

爪白癬に類似した疾患をはじめに提示いたします。

爪白癬に類似した疾患には、爪カンジダ症、肥厚、爪甲下外骨腫、変形鉤弯症、老年変化、白色爪甲、乾癬、扁平苔癬、疣贅、Green nail、Yellow nail症候群、爪甲異栄養（粗造）などがあります。

爪白癬を治療する場合、確定診断を行ってからでないと治療はできません。その診断方法には、直接鏡検、培養、PCRなどの分子生物学的検査法があります。

中でも直接鏡検は我々皮膚科医が得意としている方法で、数分で菌要素を検出できる優れた方法です。もちろん、採取部位や鏡検法に習熟していなければなりません。培養法は陽性率が20%以下であることと、時間がかかる点が問題になります。分子生物学的手法は限られた施設でなければ施行できませんが、方法が確立されれば優れた結果が得られます。

Real-time PCR法による爪白癬の原因菌種

2011年、疫学調査委員会報告から Medical Mycology J. 56J. J129-135, 2015

	検体数	パーセント
Total Number	496	100.0
T.Rubrem	380	76.6
T.Mentagrophytes	72	14.4
R/M	9	1.8
R/C	3	0.6
M/C	2	0.4
Candida albicans	8	1.6
Undentified	2	0.4
Negative	20	4.0
Positive Racio		96.00

これまで、爪白癬の原因菌は白癬菌以外のことが多いのではないかとされていました。上記結果から90%以上が白癬菌であることがはっきりいたしました。

爪白癬の治療法ですが、まず、爪白癬の確定診断を行うこと。次いで再診時に爪切りをしてあげることで患者と信頼関係を築き、根気よく治療することで完治を目指しましょう。

爪白癬は、機械的治療や抗真菌剤の内服薬の種類を適時選択し、必要な症例では外用を併用することで、高齢者でも80～90%は治療できます。母趾爪甲あるいは4、5趾爪甲に病変がある場合、さらに変形が高度な場合には長期の治療期間を要します。足と同時に指に爪甲病変を認める症例では、カンジダが検出されることが多いです。爪が伸びない症例では治療は困難です。治療に抵抗を示す場合は、再度診断を確かめましょう。

皮膚筋炎 ～皮疹のみかたと診断のポイント

藤本 学

筑波大学皮膚科教授

皮膚筋炎は、皮膚症状と筋症状を主徴とする膠原病であるが、筋症状を欠いたり、あるいは軽微であったりする無筋症性皮膚筋炎 (clinically amyopathic dermatomyositis) の病型をとることもしばしばある。したがって、他の症状の有無に頼ることなく、皮膚症状だけからでも正確に診断を下せる必要がある。

皮膚筋炎の皮膚症状としては、ヘリオトロープ疹やGottron丘疹/徴候がよく知られているが、それだけでは不十分であり、その他の皮疹についてもよく知っておく必要がある。皮膚筋炎の皮疹はケプネル現象により誘発されると考えられるため、皮疹の生じる部位を系統的に診察する必要がある。顔面では、前額、鼻根部、鼻翼周囲、耳介、側頸部などが好発部位であり、手では指関節屈側の鉄棒まめ様紅斑 (逆Gottron徴候)、指側面の角化性皮疹 (mechanic's hand)、爪囲紅斑、爪上皮出血点などが有用な所見である。体幹・四肢には関節背面のGottron丘疹/紅斑のほか、ショール徴候やV徴候がよく知られている。また、掻爬により生じる線状紅斑は本症に特徴的な皮疹である。

近年、本症の大部分の患者に疾患特異的自己抗体が陽性になることが明らかになってきた。これらの抗体には、抗アミノアシルtRNA合成酵素 (ARS) 抗体、抗Mi-2抗体、抗

melanoma differentiation antigen 5 (MDA5) 抗体、抗transcription intermediary factor 1 (TIF1) 抗体などがあり、皮膚症状の表現型やその他の症状と強く関連しているため、本症の診断や分類に有用である。

膠原病の皮膚潰瘍 ～臨床症状と治療について

尹 浩信

熊本大学大学院生命科学研究部皮膚病態治療再建学分野教授

膠原病およびその関連疾患は多彩な皮膚症状を伴うが、その中でも皮膚潰瘍は難治で、難渋することも多い。本講演では、関節リウマチ、全身性強皮症、皮膚筋炎、全身性エリテマトーデス、抗リン脂質抗体症候群、結節性多発動脈炎の皮膚症状、皮膚潰瘍、血管の画像所見を提示し、我々の策定した「全身性強皮症診療ガイドライン」および「創傷・熱傷ガイドライン」に従って概説したい。

第150回例会を担当して

足立 真

関東労災病院

平成28年3月6日、第150回例会は第21回川崎市皮膚科医会例会を兼ねて、関内新井ホールにて開催されました。事前の天気予報が雨で心配しておりましたが、幸いにも雨のピークが半日遅くなったため、開催時にはまだ降っておらず、168名と多くの先生方にご参加いただきました。

2年前の平成26年夏に、常任幹事の川崎市立川崎病院副院長の宮川俊一先生から、またそろそろ川崎地区に担当幹事がまわってくるようで、次回は足立先生よろしくと内々にお話があり、12月の企画委員会までテーマを何にしようかずいぶん考えました。最初は私の専門領域で講師も頼みやすい「皮膚真菌症」か「乾癬」にしようかなと思いましたが、過去10年の例会の記録を見て、真菌症は何度かされているし、乾癬もここ数年スポンサードセミナーで聞き飽きているし、ここは6年間全くされていない「膠原病」にしようと思いました。ところが12月の企画委員会では、膠原病では参加者の集まりが悪いとの意見があったため、6年前にやったSLEをはずして、今回は初期の皮疹から適確に膠原病を診断するとのコンセプトで「皮疹からみる膠原病」としました。その際、過去の記録を調べると、この50年間、150回の中で、関東労災病院皮膚科部門で第18回、第33回、第55回、第65回そして第79回と5度にわたり担当しており、最近では平成4年7月5日に第79回を、私の前々任の富沢尊儀第2代部長がされて以来24年ぶりであることがわかったので、過去に関東労災病院皮膚科に勤務し後に教授に就任した5人の先生方の中の1人に講師をお願いしました。また川崎市皮膚科医会例会も兼ねるため、ミニレクチャーの講師と講演の座長はすべて川崎地区の先生方をお願いしました。たまたま共催メーカーが最近、クレナフィンでブレイクしている科研製薬であり、真菌専門の私としては東京大学皮膚科での真菌外来以来25年間の長い付き合いのあるメーカーだったため、全てがスムーズに調整できました。

まずミニレクチャーでは帝京大学医学部附属溝口病院教授で川崎市皮膚科医会で長年お付き合いのある清佳浩先生に、「爪白癬の治療戦略」の題で爪白癬の基礎からネールラッカー外用剤による治療まで、わかりやすく解説していただきました。次に講演1として筑波大学教授の藤本学先生に皮膚筋炎についてご講演していただきました。藤本先生は皮膚筋炎の第一人者ですが、企画委員会で抗体の話ばかりするのではないかと危惧されましたので、私から皮膚筋炎の皮疹のみかたと診断のポイントを中心にいただき、抗体の話は数分間でもお願いしましたが、長年の皮膚筋炎に関する先生の臨床経験が蓄積された明快でわかりやすい講演でした。最後に講演2として私の同級生で関東労災病院に23年前に勤務していた熊本大学教授の尹浩信先生に、膠原病の皮膚潰瘍の臨床症状と治療についてご講演いただきました。膠原病の潰瘍は治療に難渋することが多いですが、日本皮膚科学会の創傷熱傷ガイドラインの作成者として具体例をあげて丁寧にお話ししていただきました。

今回は藤本先生が当日午前中に神戸から新幹線でこられ、また尹先生は大分から飛行機でこられ、さらに熊本に日帰りするといった強行日程であったため、時間厳守に留意しましたが、皆さんの協力もあり全く遅れることなく全て定刻開始、定刻終了で例会を終えることができました。

最後になりますが、終始サポートしていただきました幹事長はじめ企画委員会の先生方、ならびに科研製薬株式会社の皆さまに深く御礼を申し上げます。

神奈川県皮膚科医会・第152回例会

日時：平成28年12月4日（日）14：00～

会場：関内新井ホール

テーマ：「顔面の紅斑と酒皸」

1. 開会
2. 医会報告
3. 健保コーナー Q&A
4. ミニレクチャー「抗ヒスタミン薬の継続服用のコツ ～蕁麻疹の治療戦略～」
葉山惟大（日本大学医学部皮膚科学系皮膚科学分野助教）
座長：小林誠一郎（藤沢市）
5. イントロダクション 菅 千束（藤沢市）
6. 講演1「成人顔面の赤い皮疹の診療」
村田 哲（自治医科大学皮膚科准教授）
座長：高橋一夫（藤沢市民）
7. 講演2「The 酒皸：病態と治療の話題 2016」
山崎研志（東北大学大学院医学系研究科皮膚科学准教授）
座長：菅 千束（藤沢市）
8. 情報交換会

抗ヒスタミン薬の継続服用のコツ ～蕁麻疹の治療戦略～

葉山惟大

日本大学医学部皮膚科学系皮膚科学分野助教

蕁麻疹は掻痒を伴った一過性の紅斑と膨疹が出没を繰り返す日常診療で最もよく遭遇する皮膚疾患の1つであり、本邦では5人に1人が蕁麻疹の既往を有する。さらにそのうちの数%の患者が、4週間以上症状が継続する慢性蕁麻疹へと移行する。症例によっては数年続くこともあり、患者のQOLを著しく障害する。

蕁麻疹には多くの病型、病態があり、本邦のガイドラインでは16種類に分類している。病型の確定と原因の検索は治療に直接つながるが、検査の意義は病型により異なる。蕁麻疹はI型アレルギーが関与するといわれているが、実際にIgEが関与するとされるアレルギー性蕁麻疹は全体の5%ほどしか存在せず、7割以上の蕁麻疹は原因不明の特発性蕁麻疹に属する。そのため他の病型の除外が重要である。

近年、抗IgE抗体であるオマリズマブの有効性が示され、蕁麻疹の治療は大きく変わろうとしている。しかしながら非常に高価な薬剤のため、依然として蕁麻疹の治療は抗ヒスタミン薬の投与が中心であり、どのような型の蕁麻疹においてもまず選択されるべき治療である。多くの症例が抗ヒスタミン薬の内服で改善するとはいえ、慢性蕁麻疹では治癒までに数年かかることもあり、患者のQOLが著しく障害される。そのため患者に長期で内服させることが必要となる。眠気の少なさ、内服回数、薬効の持続時間など患者のニーズに

合わせた薬剤の選択が重要である。

以上を踏まえ本講演では蕁麻疹の治療戦略につき最近の話題を交え解説する。

成人顔面の赤い皮疹の診療

村田 哲

自治医科大学皮膚科准教授

顔は、露出部であり患者の主訴となりやすい。そのうえ外的刺激を受けやすく、脂漏部でもあることから、年齢や季節など様々な要因で機能的にその色調や肌質が変化する。また、顔は、他の部位よりも角層、表皮が薄く、血流も豊富で、病理学的な変化がなくても、わずかな血流増加で赤く見える。特に化粧習慣のある成人女性では様々な刺激を受けやすいため、アレルギー性接触皮膚炎を起こしていなくても、赤みが出やすい。しかし、通常のそれは一過性の機能的な反応であり、原因除去のみで軽快するはずのものである。ところが、不必要な外用が行われたり、それをきっかけに予想外の特異な習慣をはじめたりすると、更に悪化させ、病状を複雑にし、慢性化に至りやすい。

顔の皮疹を見る上で最も大切な事は、その患者の本来の肌質を見極めることで、そのためには、1. 化粧せずに受診させる、2. 全ての外用を一旦中止する、の2点が重要である。

今回は、成人の顔面の赤い皮疹に絞り、これまでの経験した症例を提示しながら、それぞれの患者が症状の難治化、慢性化をきたし、大学病院を受診するに至った原因について考察した。治療を成功させるためのポイントとして、治療開始時に自分の考えた原因と診断名を明確に伝えること、期待される経過、目標についての説明、必要ない時は外用剤を処方しない自信と増悪因子をやめさせるための丁寧な説明が重要なことを強調した。また、このような説明は紙に書きながら行うと理解されやすいことも指摘した。湿疹皮膚炎群を中心に接触皮膚炎、脂漏性皮膚炎、酒皰や酒皰様皮膚炎、SLE、皮膚筋炎、異型白癬、毛包虫ざ瘡、サルコイドーシス、LMDFなどを限り取り上げた。

The 酒皰：病態と治療の話題 2016

山崎研志

東北大学大学院医学系研究科皮膚科学准教授

酒皰は顔面を主体とする紅斑、丘疹、毛細血管拡張、発作性潮紅を種々の程度に混在する症状を特徴とする疾患である。酒皰の病態の全貌はまだまだ広く、不明な部分が多いが、局所の反応についての知見が蓄積されつつある。酒皰病変部での自然免疫機構の過剰反応は、酒皰増悪因子である外界刺激との関連性を示唆する。最近では、肥満細胞が酒皰炎症に関与するという知見が臨床観察と基礎研究の双方から蓄積され、ストレスなどの神経因子との関連が注目されている。

2016年に改訂された尋常性痤瘡ガイドラインに補足として酒皰に関連するQ&Aが4件掲載された。このガイドラインの中では、日本の保険診療下では有効な治療方法が提供されて

いないため、外用療法、内服療法、理学療法の全てで推奨度がC2にとどまっているのが現状である。しかしながら、酒皰に保険適用になっていない治療薬に目を向けると、欧米で使われている治療薬と同一もしくは同等の治療方法の幾つかが、日本でも入手可能である。さらに、欧米では紅斑毛細血管拡張型酒皰治療として末梢血管収縮作用が期待される外用剤が使われ、丘疹膿疱型酒皰に対する新しい外用剤も登場している。今後の日本でもこれらの治療方法の選択肢が増えることを期待する。

本講演では、酒皰の分類・治療・病態について最近の知見を紹介すると共に、日本での酒皰の診断・診療について考察を加えながら、私見を交えて東北大学病院での治療方法や経験を紹介した。まだまだ、酒皰治療について十分な環境が整った状況とは言えないが、酒皰という患者のQOLに大きく影響する疾患の増悪因子を確認・忌避することや、酒皰にしばしば合併する接触皮膚炎、花粉症、脂漏性皮膚炎などを適切に見極めて対処することで、寛解までには時間がかかるものの、酒皰症状の改善を期待しうる。

第152回例会を担当して

菅 千束

すが皮ふ科

神奈川県皮膚科医会の幹事に加わらせていただいたものの、幹事会と委員会に参加して、例会では毎回大変勉強になっているだけの状態でおりましたので、例会担当幹事のお話をいただいたときは、正直どうしたものか途方に迷ってしまいました。企画委員会には大変緊張して出席しましたが、初回ではテーマは決まらず、次回までの間、まわりの先生方に聞きまくって悩み、日常の診療で何が困っているかと考えていたところで「酒皸」にいきあたりました。2回目の企画委員会で提案いたしましたところ、委員の先生方から御承諾をいただき、テーマが「酒皸」に決定したという次第です。

講師の先生は、東北大学の山崎研志先生はすんなりと決まり、酒皸だけではなく広く「顔の赤い皮疹」についての鑑別が必要とご意見をいただき、自治医科大学の村田哲先生をご推薦いただいて決定いたしました。ミニレクチャーは日本大学の葉山惟大先生に抗ヒスタミン剤についてのご講演をお願いしました。案内状の返信はがきでは、他の会と重なって出席できませんというお返事がめだっていましたので、大変心配していましたが、当日は180名の参加をいただき、盛会になって大変感謝いたしております。

ご講演は、村田哲先生は症例写真を多く提示していただき、また実際の診療上のコツも教えていただき大変勉強になりましたし、山崎研志先生は、酒皸の病態、治療の最新情報を豊富なご経験と研究からしっかりと教えていただき、皆様の日々の診療に役立てていただけたことと自負しています。

私も4年ほど前に藤沢市民病院の高橋一夫先生に、東北大学のメトロニダゾール外用剤のレシピを教えていただいてから、日常診療で大変重宝して使っておりまして、カルテをしらべて統計をとって見たところ、131名に使用し、膿疱丘疹型で89%、紅斑血管拡張型でも58%の有効率をえました。保険適応のあるメトロニダゾール外用剤の発売が望まれます。

第152回例会が無事に終わられました事、お世話になった先生方に深謝いたします。