

愛宕皮膚科懇話会発足にあたって

この度、第一回の愛宕皮膚科懇話会を開催するに当りまして、一言ご挨拶を申し上げます。

この会は、港区とその周辺で開業しておられる先生方、病院にお務めの先生方、ならびに慈恵皮膚科の同門の先生方にお集り戴きまして、いわゆる病診連携を深め、いろいろと勉強していくことを目的とするものでございます。

地方に於きましては、大学病院が中核となって、このような会が持たれ、よく機能している所も多いかと思えます。しかし、東京では、その必要がないと考えられていた、もしくは、こうした会の重要性に気づいていなかったのではないかと考えております。

大学におりますと、井の中の蛙、大海を知らずと申しましょうか、一人よがりになってしまうことも、しばしばあるかと思えますが、私共にとりまして、こうした観点からも、先生方と共に勉強をしていくことが大切なのではないかと考えております。

この会をどのようなものにしていくかは、まずは手探りで、始めるより仕方がないのでありますが、参加する者、皆にとって勉強になるものであり、そして楽しいものになればと考えております。

最後になりますが、この会のお手伝いをさせていただいております、日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社の方々に御礼を申し上げます。

東京慈恵会医科大学皮膚科学講座 教授 新村 真人

「アトピー性皮膚炎の治療戦略」

東京慈恵会医科大学皮膚科学講座 上出良一

アトピー性皮膚炎の難治化が言われて久しい。その原因としてまず物理化学的ならびに精神的環境の悪化が挙げられるが、ステロイド外用薬の長期使用による副作用として捉えるものもある。ステロイド外用薬の濫用への批判は、医療不信を生み、その結果、患者のステロイド忌避や、一部医療者も巻き込んだ脱ステロイド療法¹⁾や、アトピービジネスの跳梁跋扈を招くに至った。

アトピー性皮膚炎患者の皮膚の生理学的特性として、皮膚バリア機能の低下が知られている。バリア機能の低下は皮膚の炎症をもたらし、それはさらにバリア機能不全を増長する悪循環が容易に生じる。日本皮膚科学会によるアトピー性皮膚炎治療ガイドラインにおいてアトピー性皮膚炎の病態は「表皮、なかでも角層の異常に起因する皮膚の乾燥とバリア機能異常という皮膚の生理学的異常を伴い、多彩な非特異的刺激反応および特異的アレルギー反応が関与して生じる、痒みを伴う皮膚における慢性に経過する炎症をその病態とする湿疹・皮膚炎群の一疾患である。」と定義されている。アトピー性皮膚炎という、とかくアレルギー性疾患としての面のみ強調されるが、アレルギー反応は発症、悪化の一因にしか過ぎない。

アトピー性皮膚炎がなぜ治りにくいかを考えるに当たって、これまでの治療戦略が的はずれであったということを考えてみたい。この数年、心理社会的要因がアトピー性皮膚炎の経過に大きな影響を与えていることに気づき、診療スタイルを変えて、初診時に十分な傾聴を心がけている。その上で小

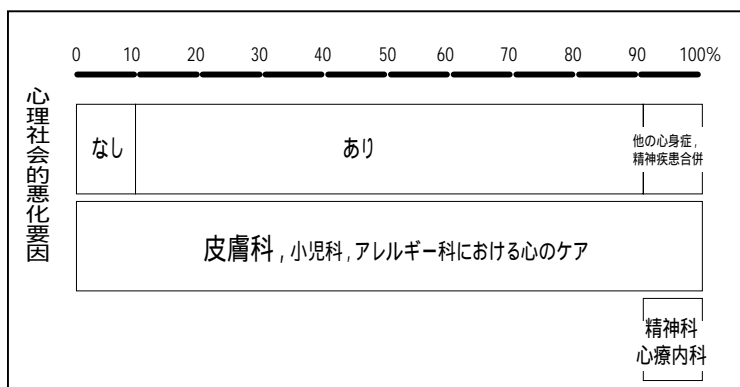
林¹⁾により提唱されている嗜癢的搔破がないかを探っていく。患者との受容的対話の中から患者の悩みを浮き上がらせ、悩みに起因するストレスが過剰の搔破をもたらしている事実気づかせることをまずめざす。大抵は悩みの核心に話しが迫っていくと、患者は無意識に腕、特に肘あたりや頸部、顔面などを触り出す。そこはアトピー性皮膚炎の皮疹がことさら強いところでもある。その皮膚を擦っている手を、「これですよ」といって止めると、患者は一瞬ポカンとし、その後、急に泣き出したり、嗜癢的搔破の意味を理解したと、驚きと共に納得する。

多少芝居があったこのような技法で、患者の嗜癢的搔破への「気づき」が得られれば、後は、標準的な外用療法を行う。以降の再診では余り深く心理社会的因子に踏み込まず、軽くその後の自己変革ないしは生活改善の進み具合を尋ねる程度とする。再診で訴えが強かったり、逆に心理的アドバイスを嫌がる例は、むしろ本格的な精神科的、心理学的アプローチが必要な群である。

我々の調査では成人アトピー性皮膚炎患者の約1割は心理社会的要因の関与はないが、逆に約1割は精神科医や心療内科医による専門的アプローチを必要とする精神科的治療優先群である。そして、残りの8割が我々皮膚科医ないしは小児科医、アレルギー科医が日常の診療の中でちょっとした努力で行いうる「心のケア」が、疾患のコントロール、治癒に大いに寄与する患者さん達である(図)。

1) 小林美咲: アトピー性皮膚炎患者の搔破行動の検討, 日皮会誌 110:275-282, 2000

図 心理社会的悪化要因と担当科



「自己免疫水疱症に対する血漿交換療法」

東京慈恵会医科大学皮膚科学講座 石地尚興

・背景

天疱瘡に代表される自己免疫性水疱症はしばしば難治性である。近年ステロイド全身投与に抵抗性の症例において自己免疫の除去を目的とした血漿交換療法が施行されるようになった。

・対象および方法

尋常性天疱瘡4例、水疱性類天疱瘡1例、抗エビリグリン瘢痕性類天疱瘡1例に、二重膜濾過法、あるいは単純膜濾過法による血漿交換療法を行った。血清自己抗体価は蛍光抗体間接法、尋常性天疱瘡ではrecombinant Dsg3を用いたELISA法で測定し、臨床経過との相関について検討した。

・結果

全症例で血漿交換療法施行後に寛解が得られ、ステロイド使用量を減量することが出来た。全症例で血漿交換前と比較して血漿交換後には蛍光抗体間接法あるいはELISA法による自己抗体価が減少していた。尋常性天疱瘡2例において二重濾過法が奏効せず、単純膜濾過法で症状の改善が得られた。この結果から単純膜濾過法の方が効果が確実である可能性が示唆された。血漿交換に伴う副作用として、交換時の低血圧、交換後の刺入部位からの出血などがみられたが、ステロイド全身投与に抵抗性の自己免疫性水疱症に対して血漿交換療法が有用であると考えられた。

結果

	診断	血漿交換(回数)	転帰	有害事象
症例1	尋常性天疱瘡	DFPP(12) SFPP(34)	寛解	敗血症
2	尋常性天疱瘡	DFPP(11)	寛解	特になし
3	尋常性天疱瘡	DFPP(17) SFPP(22)	寛解	敗血症、血圧低下
4	尋常性天疱瘡	DFPP(8)	寛解	特になし
5	水疱性類天疱瘡	DFPP(12)	寛解	敗血症、血小板減少
6	抗エビリグリン瘢痕性類天疱瘡	DFPP(4)	寛解	特になし

「皮膚におけるレーザー治療」

東京慈恵会医科大学皮膚科学講座 橋本 透

皮膚科におけるレーザー治療は 太田母斑、単純性血管腫などの色素性病変の色調を癍痕を残すことなく改善する(老人性色素斑、雀卵斑などを含む) 炭酸ガスレーザーを用いて隆起性皮膚病変を蒸散する。以上二つに大別される。真皮メラノサイトーシスである太田母斑、異所性蒙古斑や、外傷性異物沈着症、刺青に対しては、Q - スイッチ・ルビーレーザーが適応となる。より良い治療効果を得るためには2ヵ月以上の間隔をあけて同一部位への数回の照射が必要である。特に、太田母斑は4-5回のレーザー治療を行うことで整容的に満足いく結果を得ることができる。美容上の問題である老人性色素斑、雀卵斑などの表在性色素性病変に対しても、Q - スイッチ・ルビーレーザーを用いて治療するが、扁平母斑はQ - スイッチ・ルビーレーザーで治療すると大部分の症例は1-2ヶ月以内に再発し治療成績は良くない。また、色素性母斑(ほくろ)の治療の原則は切除であるが、隆起していない小さなほくろは、約1ヶ月の間隔でレーザー治療を5回以上行うことで黒色はかなり薄くなる。



単純性血管腫、毛細血管拡張症などの血管性病変に対しては、パルス色素レーザーが第一選択となる。病型により治療効果に差はあるが、従来より用いられていたアルゴンレーザーに比べ癍痕形成は極めて少なく、整容的にほぼ満足いく結果を得られるようになった。最近では莓状血管腫に対して、血管腫が盛り上がる前に早期にパルス色素レーザー治療をすることで色調を改善し、隆起を抑えるという新しい治療方針があり、当科でも慎重に症例を検討し治療を行っている。

また、近年増加傾向にあるが高齢者に多い日光角化症は、皺取りに用いるウルトラパルス炭酸ガスレーザーで治療すると、短い治療時間で確実に病変部をアブレーションでき、整容的にも満足いく結果を得ることができる。

なお、レーザー治療が健康保険適応となっている疾患は、太田母斑、異所性蒙古斑、外傷性異物沈着症、扁平母斑、単純性血管腫、毛細血管拡張症、莓状血管腫であり、これにより患者の経済的負担も軽減されている。



乳房外Paget病 - 早期発見・治療・予後 -

東京慈恵会医科大学皮膚科学講座 萩原 正則

当科では1973年から1999年までの27年間に123例の乳房外Paget病を経験した。予後を追跡し得た102例を対象に統計的観察を行った。観察期間は1ヵ月～20年4ヵ月、平均6年4ヵ月であった。年次別症例数を集計したところ、男女とも著明な増加傾向にあることが分かった。男女比は、男性74例、女性28例 (2.6:1)であった。初診時年齢は41歳から95歳までで、平均68歳で、60歳代、70歳代で全体の7割を占めた。症例数が増加傾向にあるのは、高齢化社会の影響や、本症に対する一般医家の認識の向上によるものと考えられる。初診までの期間を年代別に調べたところ、70年代、80年代、90年代とその平均値に大きな改善はなく、平均19ヵ月であった。発生部位は、外陰部100例、腋窩6例、肛囲4例であり、その内訳は、外陰単独93例、腋窩単独2例、肛囲単独3例、外陰部+片側腋窩2例、外陰部+両側腋窩1例、外陰部+片側腋窩+肛囲1例であった。病期分類として大原の提案に従って、組織所見で、表皮内病変であるCa in situ、真皮上層への限局性、個別性浸潤であるmicroinvasion、広い範囲にわたる真皮深層までのmassiveな浸潤である結節性浸潤癌の3群に分類し、更にリンパ節転移の有無、遠隔転移の有無を加味し分類したところ、Stage1は66例、Stage2は16例、Stage3は16例、Stage4は4例であった。

周知の如く、本症は早期発見が非常に重要であり、早期病変を見逃さず、適切な治療を行う様努めなければならない。紅斑、浸潤性局面、結節・腫

瘤、びらん・潰瘍、脱色素斑、色素斑といった様々な臨床像を経験する中、初期病変として脱色素斑が重要であると考えられた。

診断には生検が必須である。本症が疑われたら躊躇せず生検を行うべきと言える。通常は深部への浸潤の確認も兼ねて、一番浸潤が深いと予想される、例えば浸潤性紅斑部より施行する。切除範囲決定のためのマルチプルパンチバイオプシーは、当科では肉眼マージンより1cm外側を放射状に8方向施行している。その際重要なのは、合併する真菌症、感染症に対して適切な治療を行うことと、明るい照明のもと皮膚を十分に伸展して病変をよく観察することである。

治療は、原則として出来るだけ早期に診断し、転移の有無などを確かめた後、原発部を十分に手術的に切除することである。当科では3cm以上離して切除していたが、最近の検討では2cmマージンでも十分と判断している。再建はほぼ全例、全層ないし分層植皮を施行している。またリンパ節腫脹や転移が疑われる場合、あるいは臨床的に浸潤性局面や結節性病変を認める場合、更に病理組織所見において真皮内へ結節状浸潤を認める場合に、リンパ節郭清を行っている。

図に予後としてKaplan-Meier法による累積生存率を示す。原病死以外の死亡例は観察打ち切り例とした。全102例の5年生存率は83.3%であった。病期分類ごとではStage1は98.0%、Stage2は83.3%と良好な予後を示しているが、Stage3は47.1%、Stage4は全例原病死で0%であった。時期が遅れると5年生存率が低下することが分かった。

乳房外Paget病自験102例の累積生存率 (Kaplan-Meier法)

