

AMCoR

Asahikawa Medical College Repository <http://amcor.asahikawa-med.ac.jp/>

クリニシアン (1993.04) 40巻4号:430～433.

臨床でよくみる皮膚疾患とその対応
乾癬

飯塚 一

臨床でよくみる皮膚疾患とその対応

乾癬

飯塚 一

乾癬は、炎症性角化症の代表的な疾患である。

欧米に多く、本邦では少ないとされてきたが、近年、増加傾向が著しく、決して稀な疾患ではない。HLA-Cロークラスと連鎖し、とくにCw-6との相関が高い。この他、日本人ではCw-7、Cw-11とも相関する。

本症では、遺伝的素因に加えて、何らかの環境因子が発症に関与しているものと推定される。

臨床像

臨床像はかなり特徴的で、診断も比較的容易である。定型的な皮疹は、銀白色の鱗屑に覆われた

境界鮮明な浸潤性紅斑性局面である。全体として単一な印象を与える。ときに浸出性変化が強いこともあるが、原則として、鱗屑は乾燥しパラパラと剥げ落ちる。自覚症状はないといわれるが、痒痒は決して稀なものではない。鱗屑を剥がすと、点状出血が認められ、アウスピッツ現象とよばれる。

皮疹の好発部位は、四肢伸側と被髪頭部である。乾癬患者では、しばしば、擦る程度の刺激で皮疹が発現することが知られており、これをケブネル現象とよぶ。したがって皮疹の好発部位は、物理的摩擦をうけ易い肘、膝、下腿の伸側、腰部など

となる。被髪頭部も毛髪の成長に伴う皮膚との摩擦が要因となり、好発部位になっているものと推定される。肥満者では、逆に腋窩、乳房下などが摩擦をうけ易く、屈側主体の分布を示すことがある。

顔面は侵されることは少ない。これは、日光照射が防衛的に働いているためと考えられる。後で述べるように、紫外線は乾癬皮膚疹に対し治療効果を示す。

この他、爪の変形も高率に認められ、点状陥凹や混濁、肥厚、爪甲剝離など、種々の像を呈する。乾癬皮膚疹は、しばしば広範囲におよぶ。びまん性汎発型になったものを乾癬性紅皮症とよぶ。乾癬皮膚疹部では、表皮細胞の増殖が大幅に亢進しており、大量の蛋白が消費されている。したがって乾癬性紅皮症を含め、皮疹の面積が大きいものは、蛋白代謝が負のバランスになり易く、低蛋白血症をしばしば引き起こす。

この他、乾癬の臨床型として、関節炎を伴う関

節症性乾癬や滴状乾癬があげられる。関節炎の部位として最も多いのは、指趾のDIP関節であるが、仙腸関節など中枢性の関節が侵されることもある。滴状乾癬は、溶連菌感染の後などに直径1cm程度の局面が急速に多発してくるものである。

この型は小児に多く、急性の経過をたどり、治療により消褪した後、再発傾向が少ないなど、通常の乾癬と異なる臨床像を呈するため独立して扱われる。

紅斑と膿疱を主体とし、発熱などの全身症状を伴う膿疱性乾癬は、通常の乾癬とは病像がかなり異なっており、ここでは触れない。ただし乾癬の治療において、コルチコステロイドの全身投与が、しばしば膿疱性乾癬発症の引き金になっているということは重要である。これに関連して、乾癬では、ステロイドの全身投与は原則として禁忌になっている。なお念のためにいえば、膿疱性乾癬は乾癬の経過中にも起こるし、乾癬の既往がない場合にも起こり得る。

組織像

組織学的には、錯角化を伴った角質肥厚を認め、その下の顆粒層は消失したり薄くなったりする。表皮稜は規則的に下方に延長し、対応する真皮乳頭は上方へ突出し、特徴的な乾癬様組織構築を呈する。真皮乳頭では血管拡張と浮腫性変化がみられ、炎症性細胞浸潤も認められる。炎症細胞は表皮内へ侵入し、とくに好中球は角層下に集まってマンロー微小膿瘍を作る。

治療

乾癬の治療としては、コルチコステロイド外用剤が主に用いられる。ステロイド外用剤には多くの種類があるが、薬効の強さにより、通常五群に分類される。皮疹の部位や症状の程度により適宜選択するが、なるべく外用剤の強度を減らし、使用量も減らしていくよう努力する。

外用剤として欧米では、アンソラリンが使用されている。アンソラリン外用は極めて有効な治療

法であるが、わが国では認可されていない。

光線療法としては、P U V A 療法が第一にあげられる。ときにU V B 療法も試みられる。P U V A 療法には、外用P U V A と内服P U V A がある。外用P U V A の変法として、P U V A bath 療法も試みられ、良好な成績を得ている。いずれも、そのための設備と、ある程度の経験が必要で、専門医以外では実施することは難しい。光線療法の変法として、古くから知られるゲッケルマン療法も極めて有効であるが、処置に手間がかかることから、コールタール軟膏が現在入手できないことから、ほとんど行わなくなった。

全身療法としては、エトレチナートの内服がある。エトレチナートはビタミンA酸誘導体で、乾癬を含め各種角化異常症に対して著効を発揮する。通常、一日量三〇〜五〇mgから開始し、漸減していく。問題となるのは副作用で、口唇炎、掌蹠の落屑など頻度の高いもの他に、催奇形性、骨に対する影響、肝機能異常などがあげられる。とく

に、催奇形性については注意が必要で、女性の場合、二年間、男性の場合、六カ月間の避妊が要求される。エトレチナートの処方の際には、これら副作用をよく説明し、患者の同意を得て処方することが義務づけられている。

葉酸拮抗剤として知られるメソトレキセートも、乾癬に対して有効な治療法である。週単位分割経口投与方法と比べて、一週間に一度、一二時間おきに二・五mgないし五mgを三回内服する。副作用として、肝機能障害に注意する必要がある。

最近、難治の乾癬に対しシクロスポリンが認可された。一日量五^{mg}/kgを二回に分けて経口投与し、臨床効果をみながら漸減していく。副作用としては、腎毒性、肝機能障害、高血圧、神経症状などがあげられる。乾癬に使う程度の低用量では、腎毒性を含め、あまり大きな問題はないようである。

乾癬の治療法として、この他にも多くのものがあげられる。これは逆にいうと、乾癬治療におい

て、現時点で決定的なものはないということを感じている。年齢、症状、部位にあわせ、適宜、治療法の選択をしていかななくてはならず、皮膚科専門医による治療がどうしても必要となる。

文献

(旭川医科大学 教授 皮膚科学)

- 1) 飯塚 一…尋常性乾癬の病態生理、皮膚臨床二九…三四七〜三五四、一九八七
- 2) 森 俊二…乾癬、皮膚科専門医テキスト(朝田康夫、森俊二、植木宏明編)、五五二〜五六八頁、南江堂、一九九二年