

AMCoR

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

皮膚病診療 (2005.07) 27巻Suppl.:39~42.

【聞き慣れない病名 2005】
post-scabetic nodules

西薫, 辻ひとみ, 中村哲史, 山本明美, 飯塚一



post-scabetic nodules

西 薫* 辻 ひとみ* 中村 哲史*
山本 明美* 飯塚 一*

Key words post-scabetic nodules, 疥癬, indeterminate cell, Langerhans cell

同義語 なし

post-scabetic-nodulesは疥癬治療後に生じる特徴的な紅色結節で、indeterminate cellの浸潤を特徴とする。通常、無症候性であるがときに痒痒を伴う。現時点で報告例が少なく、疥癬自体の治療には抵抗性であり、病態もまだ明らかにされていない。今回われわれは、典型例を経験したので報告する。

症例 79歳，男。

初診 2004年8月29日。

家族歴 特記すべきことなし。

既往歴 脳出血(右片麻痺)，脳血管性痴呆。

現病歴 2003年初旬より全身に強い痒痒を伴う淡紅色丘疹を認めていた。苛性カリ標本で疥癬虫を認めたため、2003年5月16日よりγ-BHC軟膏とオイラックス軟膏による治療を2クール行った。6月13日には苛性カリ標本で疥癬虫体を認めず痒痒も消失した。その後、疥癬の症状はみられなかったが、8月19日から両上肢に無症候性紅色結節を認めたため、8月29日当科を受診した。

現症 両上腕，腋窩，肘内側に直径2cmまでの暗赤色で表面平滑，境界明瞭な結節を認める(図1)。自覚症状はない。疥癬の再発を疑い苛性カリ検査を施行したが陰性であり，また，臨床的にも疥癬としては非典型的の大型の結節であることから，右上腕部より生検を行った。

病理組織学的所見

弱拡大像では真皮上層に多数の稠密な炎症性細胞浸潤を認め(図2)，強拡大像では血管，付属器周囲にリンパ球，組織球様細胞と，少数の好酸球を認めた(図3，4)。免疫染色にてCD3，CD45RO陽

性のT細胞と，CD20，CD79陽性のB細胞の浸潤，さらにS100陽性細胞が多数浸潤していることがわかった。

鑑別診断

主に赤褐色の結節をつくる疾患が鑑別診断となる。

lymphocytoma cutis：顔，とくに耳と鼻に好発する。多発することもある。病理組織像は真皮，ときに皮下脂肪組織まで及ぶリンパ球の稠密な浸潤で，T細胞，B細胞が多クローン性に増殖する。反応性にリンパ濾胞様構造を生じることがある。組織球，形質細胞，好酸球などもしばしば認められる。

虫刺症：通常，虫刺症では膨疹，紅斑が出現する即時型の反応と，紅斑，丘疹を認める遅延型の反応がある。多くは痒痒を伴う。病理組織像は真皮のほぼ全層にリンパ球と好酸球が稠密に浸潤し，血管周囲にも多数の好酸球浸潤を伴うことが多い。

結節性痒疹：激しい痒みを伴い，慢性に経過する。病理組織像は角質増殖と表皮肥厚を認め，表皮突起が不規則に延長する。高度な偽癌性過形成を示すことがあり，血管周囲にリンパ球主体の細胞浸潤を認める。

* Nishi, Kaoru / Tsuji, Hitomi / Nakamura, Satoshi / Yamamoto, Akemi (講師) / Iizuka, Hajime (教授)
旭川医科大学医学部皮膚科学教室 (〒078-8510 旭川市緑ヶ丘東2条1-1-1)



図1 初診時の臨床像。両上腕に暗赤色の紅斑を認める。

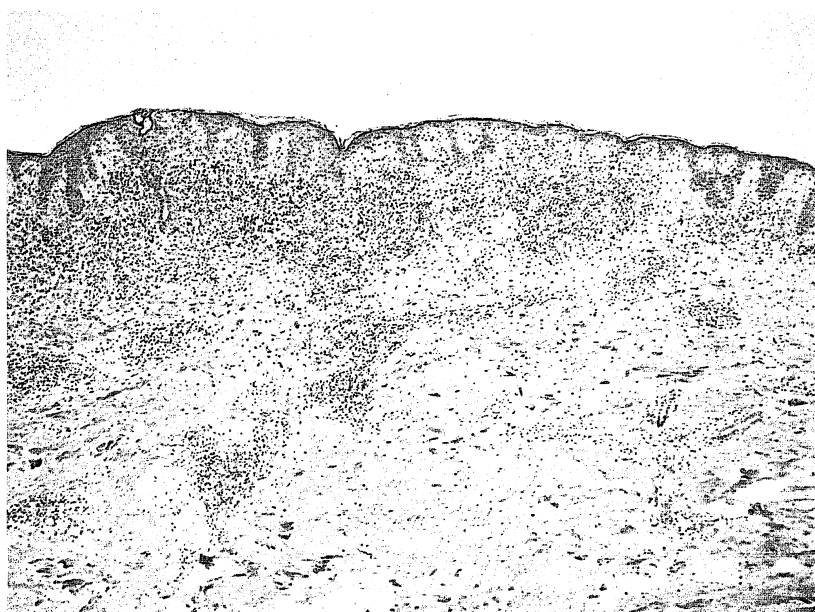


図2 病理組織像。真皮上層に細胞浸潤(H-E染色, ×40)

黄色肉芽腫：新生児、幼児、成人に単発ないし多発し、はじめ淡紅色であるが、黄色から褐色調の丘疹ないし結節を生じる。自覚症状はない。病理組織像ではTouton型巨細胞、泡沫細胞を認める。

悪性リンパ腫：全身に結節をきたす疾患として悪性リンパ腫もあげられる。診断には臨床像だけでなく、病理組織学的、免疫組織学的検査などが必須である¹⁾。なお本症例では組織球様細胞が浸潤していることから、Histiocytosis Xを鑑別する必要があるが、老人で初発することは少ない。

診断確定

自験例は疥癬の既往があること、痒みを伴わない皮疹が多発していること、病理組織学的特徴からpost-scabetic nodulesと診断した。

治療と経過

ステロイド外用にて約半年で略治した。

考 按

疥癬において、ヒゼンダニが死滅した後に結節が長期間残存することは以前から知られており、Rookの教本²⁾にはpersistent nodules in scabiesとして報告されている。同

症を Hashimoto ら³⁾は 2000年に post-scabetic-nodules としてまとめ、詳細に報告している。本疾患の特徴は、1) 疥癬の既往があるかまたは疑われる患者に疥癬の分布に必ずしも一致しない丘疹、結節が出現する、2) 痒みは初期には激しいこともあるが、後期には軽減あるいは消失する、3) 疥癬自体に対する治療には効果を示さない、4) 臨床経過が長い、5) 幼児に多いが成人もまれではない、などがあげられる。治療法は、強力なステロイドの外用もしくは局注が有効とされている。

Hashimoto ら³⁾によると病理組織像は基本的には虫刺症の像を示し血管、付属器周囲にリンパ球、組織球様細胞の浸潤が多数みられるが、虫刺症と異なり好酸球は乏しく、とくに経過が長いものは好酸球を欠くこともある。また病理組織標本中に虫体や虫卵は認めない。

組織球様の細胞は CD1a, S100陽性の Langerhans細胞様であるが、電顕で Birbeck顆粒を欠く indeterminate cell の性質を示すと報告している。

indeterminate cellの本体は現時点で不明であるが、免疫学的、形態学的に Langerhans cellに似るが、Birbeck顆粒を欠き、表皮樹枝状細胞の前駆細胞、

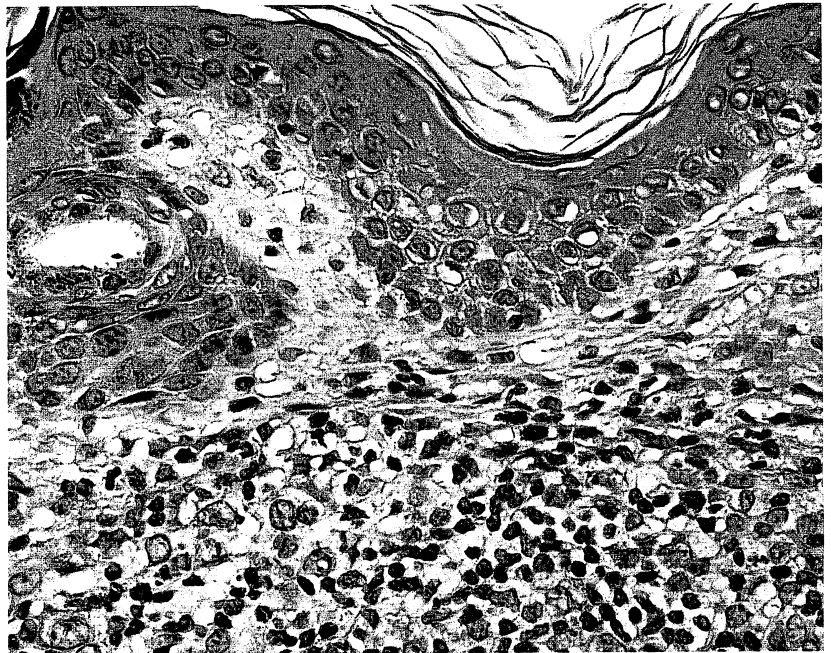


図3 病理組織像. 表皮, 血管, 付属器周囲に好酸球を認める(H-E染色, ×400).

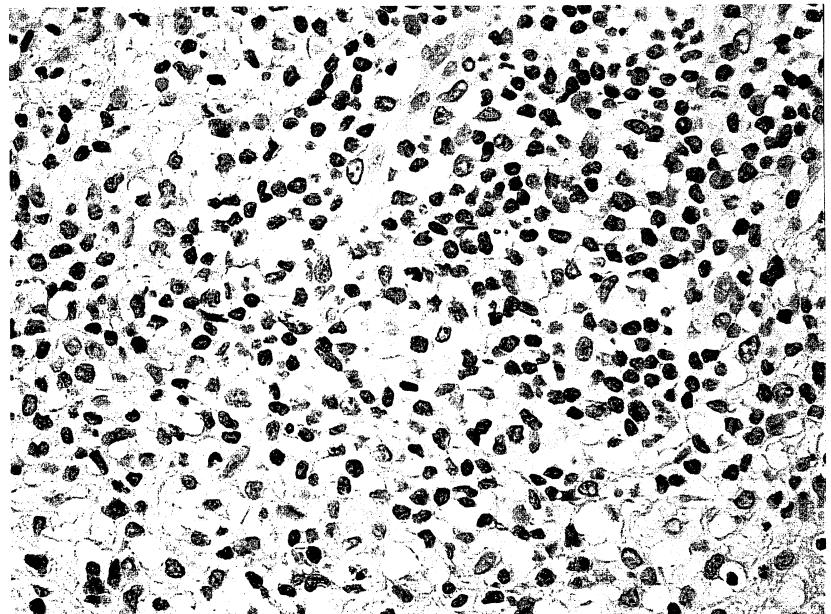


図4 病理組織像. 真皮上層. リンパ球, 組織球様細胞の浸潤を認める(H-E染色, ×400).

または表皮樹枝状細胞が皮膚から所属リンパ節へ移動中のものではないかといわれている。この細胞が増殖する疾患として indeterminate cell histiocytosis が知られており⁴⁻⁶⁾、臨床的には多発性の

結節を示す症例が多いが、単発結節例も報告されている。本症はなんらかの外的因子が関与する反応性増殖疾患の可能性が示唆されているが⁴⁾、報告例も少なく、病因も確定していない。

indeterminate cell histiocytosisはLangerhans cell histiocytosisと異なり、皮膚外症状を伴うことはほとんどなく、自然消滅する例が多いことから、通常は治療を必要とせず経過観察でよいとされている。

疥癬はヒゼンダニがヒトに寄生しておこす皮膚感染症であるが、いまなお老人施設を中心として流行は続いている⁷⁾。海外ではイベルメクチン[ivermectin](ストロメクトール)の内服やペルメトリン[permethrin](ELIMITE CREAM)の外用、日本ではクロタミトン軟膏(オイラックス)や保険外治療として γ -BHC軟膏の外用を行うことが多い⁸⁾。疥癬の確定診断には検鏡で虫体を発見すればよいが、検出率は必ずしも高いとはいえないため、本症例のように疥癬後に発疹を生じた場合、疥癬の再発を考え、確診なしに疥癬の治療を始める可能

性がある。

疥癬の治療薬は γ -BHCを含め毒性があり、過剰投与による幼少児の死亡事故や、高齢者のけいれん発作、神経障害などの報告例がある。post-scabietic nodulesは疥癬とはなんらかの因果関係はあるものの、疥癬治療薬の無効な反応性病態ととらえられ、安易な抗疥癬治療薬の使用を防止する意味でも、疥癬の治療歴のある患者においては念頭におくべき疾患と考えられる。

<文 献>

- 1) 伊藤 薫ほか：MB Derma No.80：1, 2003
- 2) Rook, A. et al. : Skin diseases caused by arthropods and other venomous or noxious animals : Textbook of Dermatology, Vol. 2, 4th ed, Blackwell Scientific Publications, Oxford, p.1031, 1986
- 3) Hashimoto, K. et al. : J Dermatol 27 : 181, 2000
- 4) 上野朋子ほか：皮膚臨床 46 : 579, 2004
- 5) 上出康二：最新皮膚科学大系 13, 中山書店, 東京, p.240, 2002
- 6) Manente, L. et al. : Am J Dermatopathol 19 : 276, 1997
- 7) 浅井俊弥ほか：皮膚病診療 26 : 711, 2004
- 8) 南光弘子ほか：Visual Dermatology 2 : 770, 2003