

AMCoR

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

皮膚科の臨床 (2007.06) 49巻6号:754～755.

搔痒を伴ったHyperkeratosis Lenticularis Perstansの1例

飛澤慎一, 高橋英俊, 山本明美, 飯塚一, 伊部昌樹, 岸山
和敬

MINI REPORT

瘙痒を伴った Hyperkeratosis Lenticularis Perstans の 1 例

飛澤 慎一* 高橋 英俊* 山本 明美*
飯塚 一* 伊部 昌樹** 岸山 和敬***

症 例 63 歳, 女性
初 診 2005 年 2 月 22 日
主 訴 四肢の瘙痒を伴う皮疹
家族歴 家族内に同様の皮疹はない。
既往歴 高血圧, 高脂血症
現病歴 約 1 年前から両足背に瘙痒を伴う角化性丘疹が出現し, 徐々に下腿, 膝, 前腕に拡大したため北見赤十字病院皮膚科を受診した。
現 症 両足背から下肢および前腕に半米粒大までの褐色ないし紅褐色の角化性丘疹が散在して

いた。個々の丘疹は不整多角形, その表面は粗造乾燥性であり, 融合することなく孤立性で毛孔には一致していない (図 1-a, b)。

検査所見 一般血液, 生化学, 尿検査に異常はない。

病理組織学的所見 左大腿の角化性丘疹: 表皮は全体として扁平に隆起し, 著明に肥厚した角質増殖が円盤状を呈する。特に角質増殖が著しい部位では顆粒層の消失, 有棘層の菲薄化がみられた。真皮上層にリンパ球を主体とした細胞浸潤が認め



図 1 初診時臨床像

- a : 左足背・足縁に半米粒大までの褐色ないしは紅褐色調の角化性丘疹が散在している。
b : 個々の丘疹は不整多角形, その表面は粗造乾燥性であり, 融合することなく孤立性で毛孔には一致していない。

* Shinichi TOBISAWA, Hidetoshi TAKAHASHI, Akemi YAMAMOTO & Hajime IIZUKA, 旭川医科大学, 皮膚科学教室 (主任: 飯塚 一教授)

** Masaki IBE, 北見赤十字病院, 皮膚科, 部長

*** Kazunori KISHIYAMA, 岸山皮膚科, 北見市

別刷請求先 飛澤慎一: 旭川医科大学皮膚科 (〒078-8510 旭川市緑が丘東 2 条 1-1-1)

キーワード hyperkeratosis lenticularis perstans

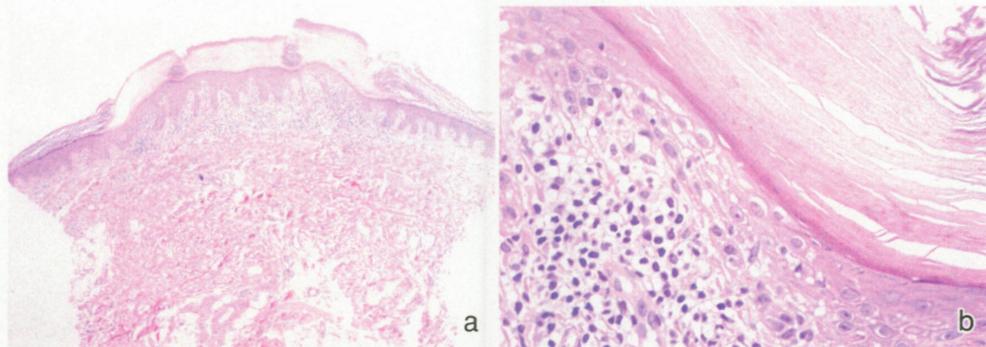


図2 病理組織像

- a : 表皮は全体として扁平な隆起を示し、著明に肥厚した角質増殖が円盤状を呈し、真皮上層にリンパ球を主体とした細胞浸潤がみられる。
 b : 特に角質増殖が著しい部位では顆粒層の消失、有棘層の菲薄化がみられる。

られた (図 2-a, b)。

治療および経過 10%尿素軟膏、副腎皮質ステロイド軟膏で治療し、掻痒が軽減、角化性丘疹が平坦化した。

S 考 察

Hyperkeratosis lenticularis perstans (以下 HLP) は、1958 年 Flegel¹⁾ によって報告された疾患概念で、足背、下腿、手背に角化性丘疹が多発散在し、この固着性の角質塊を剥がすと点状出血をみることを特徴とする。

鑑別すべき疾患として Kyrle 病、stucco keratosis が挙げられる。組織学的に Kyrle 病では角栓が表皮内に嵌頓し、一部で表皮を穿孔し真皮内に異物肉芽腫反応を認める。また、stucco keratosis では basket weave 型角質増殖があり、有棘層は church spire 様に肥厚する。さらに stucco keratosis では臨床的に角質が容易に剥がれ、出血を呈しないという特徴がある。

本症の発症機序に関しては種々の見解がある。Flegel¹⁾ は真皮の細胞浸潤が一次的で角化異常は二次的変化であるとした。最近では電顕的に層板顆粒の消失、ケラトヒアリン顆粒の減少、角層での核やデスモゾームの残存が証明されていることから^{2)~5)}、表皮の異常角質形成が一次的で、真皮の細胞浸潤は二次的変化であるとする説が有力である。

本邦では 1970 年黒田が報告して以来、調べた限りではこれまでに自験例を含めて 89 例の報告がある。男性 61 例、女性 28 例、男女比は約 2.2 : 1 で男性に多くみられ、発症年齢は平均 47 歳で中年に好発し、初診時年齢は 10~90 歳代にわたるが平均 59 歳である。皮疹の分布は記載のないも

のを除く 85 例で、足背 84 例、手背 63 例、下腿 48 例、前腕 18 例、大腿 8 例で四肢末端に好発し近位部では少ない。本症は常染色体優性遺伝と推測されているが³⁶⁾、自験例のように弧発例も多く、家族内発症は 21 例 (23%) にとどまっている。自覚症状については記載のある 54 例中 41 例 (75%) と大部分は自覚症状を欠き、自験例のように掻痒を伴うものは 10 例 (18%) と比較的まれであった。

治療に関しては、全身の治療としてレチノイド内服、局所治療として外科的切除、液体窒素凍結療法や副腎皮質ステロイド、尿素、サリチル酸ワセリン、5FU などの外用療法が行われており、最近では活性型ビタミン D₃ 外用剤での奏効例が報告されている⁷⁾。自験例では 10%尿素軟膏、副腎皮質ステロイド軟膏の外用を併用したところ掻痒の軽減と角化性丘疹の平坦化がみられた。

本論文の要旨は、日皮学会第 367 回北海道地方会において報告した。

(2006 年 10 月 27 日受理)

文 献

- 1) Flegel H : Hautarzt, **9** : 362-364, 1958
- 2) Frenk E, Tapernoux B : Dermatologica, **153** : 253-262, 1976
- 3) 手塚 正, 山崎 紘之 : 臨皮, **34** : 1091-1099, 1980
- 4) 河野 禮子ほか : 臨皮, **31** : 213-217, 1977
- 5) Ikai K et al : Acta Derm Venereol (Stockh), **58** : 363-365, 1978
- 6) Bean SF : Arch Dermatol, **99** : 705-709, 1969
- 7) 檜垣 淑子ほか : 臨皮, **59** : 686-691, 2005