

# AMCoR

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

旭川厚生病院医誌 (1992.12) 2巻2号:2～8.

AIDSにおける皮膚症状

水元俊裕, 和田隆, 松本光博

# AIDSにおける皮膚症状

水元俊裕 和田 隆 松本光博

## 要 旨

HIVによる感染症である後天性免疫不全症候群 (AIDS) は世界はおろか日本においてもますます猛威をふるいつつある。その確実な治療法がない現在、新たな患者の発生または蔓延を食い止めることはとくに重要である。AIDSにおいては、その感染の初期、末期にかかわらず、さまざまな皮膚症状を表わしてくれる。これらのなかからAIDSの早期診断の手がかりになるような症状を選び、腫瘍、感染症、その他の皮膚症状に分け、それぞれについて極力詳しく説明した。

Key Words : HIV感染症, 後天性免疫不全症候群, 皮膚症状

## はじめに

1981年6月にはじめてアメリカ合衆国において後天性免疫不全症候群 (AIDS) の1例が報告されてからすでに10年以上を経過した。この間米国における爆発的増加はもちろんのこと、今やAIDSは日本を含めて全世界的または全地球的流行病になった。事実、本年の米国における報告によると、AIDS患者は20万人を越し、このうちの13万人を越える患者がすでに死亡しているという<sup>1)</sup>。この点からいうと、HIV (human immunodeficiency virus) 感染者はAIDS患者の5倍はいることが予想されるので、すでに100万人を越える数があることが推定される。しかも近年の米国におけるAIDS患者の特徴として、homosexualの男性よりも経静脈的薬物乱用者、女性、子供における増加の著しいことがいわれている<sup>2)</sup>。

一方、日本においてもこれまでは都市を中心に着実に増加していることが報告されていたが<sup>3)</sup>、1992年7月AIDS surveillance委員会は、AIDSは今や日本においても地方に分散化しつつあることを報告している。ゆ

えに、AIDSのこれ以上の蔓延化を防ぐ意味からも早期診断は重要で、とくにその皮膚症状についてはKaplanら<sup>2)</sup>がはじめて報告して以来、AIDSの早期診断の手がかりになることがあるという<sup>3, 4, 6, 7)</sup>。

本論文においてはこれらのAIDSに伴うさまざまな皮膚症状についてふれてみたい。

## I 腫 瘍

### I-1) カポジ肉腫

AIDSを1独立疾患として特徴づけたのがカポジ肉腫ともいえる。一般にHIV抗体陽性者またはAIDS患者においては、対照に比し悪性腫瘍の発生率は決して有意に高いものではないが、しかしカポジ肉腫については別であるという<sup>10)</sup>。カポジ肉腫は皮膚科領域では古くから地域限局型または風土病的色彩 (地中海沿岸、アフリカに多い) の強い血管性腫瘍として理解されていた。しかしこのような病態がときに臓器移植患者で免疫抑制剤を与えられている患者にもみられることが報告されてから<sup>8)</sup>、1981年重篤な免疫不全状態を呈するAIDSにおいても同様にみられることが報告された<sup>9)</sup>。とはいえ、AIDSにおけるカポジ肉腫は古典的なものと臨床的にやや趣を異にするという<sup>3, 8)</sup>。すなわち男性同性愛者に圧倒的に多く、急速により広汎に多発する傾向を有するという。多くは暗赤色の斑、小丘疹、小

結節としてみられるが、とくに従来の好発部位に加えて、顔<sup>14)</sup>、内臓(胃腸管、肝、肺、脾、腎など)<sup>3)</sup>に病変をつくることの多いのが、AIDSにおけるカポジ肉腫の特徴という。本症の治療に対する反応性は必ずしもよくないが、その予後はCD4細胞の数によるとい<sup>3)</sup>。

### I-2) 悪性リンパ腫

AIDSに合併する悪性リンパ腫は圧倒的にB細胞リンパ腫が多く、しかもこの場合より侵襲度、進展性が強く、節外性病変が特徴的である<sup>3)</sup>。ゆえに皮膚原発のB細胞リンパ腫も少なからず報告されている<sup>9, 12)</sup>。B細胞リンパ腫の多い理由として、EBウイルスの関与が示唆されている<sup>12)</sup>。すなわちしばしば腫瘍細胞のなかにEBウイルスが証明されるので、これによりB細胞の機能異常または腫瘍化がもたらされる可能性が推定されている<sup>9, 12)</sup>。B細胞リンパ腫に次いでみられるのがホジキン病である<sup>13)</sup>。しかもこの場合においても、通常のホジキン病に比しより広汎侵襲性で治療抵抗性のことが多く、また同時に腫瘍細胞内にEBウイルスが証明されたとする報告もある<sup>13)</sup>。

これに比し、AIDSにおけるT細胞リンパ腫の合併は極端に少ないとい<sup>3)</sup>。Nahassらは同性愛者で46歳、ヒスパニック男性における皮膚T細胞性リンパ腫の1例を報告した<sup>11)</sup>。この例は結局カリニ肺炎、全身性結核菌感染症を併発して死亡したが、特徴的であったのは腫瘍細胞の表面マーカーはCD3<sup>+</sup>、CD4<sup>-</sup>、CD8<sup>-</sup>のdouble-negativeで、そのT細胞抗原受容体は $\alpha/\beta$ が陽性であったことである。通常の末梢血T細胞のうちdouble-negativeの占める比率は小さく(3%位)、しかもT細胞抗原受容体は $\gamma/\delta$ を有することが多いので、本例における腫瘍細胞が $\alpha/\beta$ 受容体を示したのはdouble-negative T cellsのclonal expansionというよりも、HIVにより腫瘍化した細胞がaberrant geneを表現したものであるであろうとした<sup>11)</sup>。

一方、T細胞リンパ腫のうちでも末梢血においてはSezary細胞がみられるにもかかわらず、その表面マーカーがCD8<sup>+</sup>を示し、臨床的にはSézary症候群におけるような紅皮症の状態を呈した例の報告もある<sup>20)</sup>。このような例はpseudo-Sézary症候群と呼ばれるが、この点では紅皮症もHIV感染症の皮膚初発症状の1つでありうるという<sup>24)</sup>。

## II 感染症

### II-1) ウイルス感染症

#### II-1-a) ヘルペス群

単純ヘルペスウイルス(Type 1, 2)による皮膚症状は大半latent virusの再活性化によるが、しかしながらAIDSに特有の臨床症状はないといわれる。とはい<sup>3)</sup>うもののAIDSにおいてはやはり免疫抑制状態が強ければ強いほど肛門周囲、陰部などに大型の病巣をつくることが多いとい<sup>3)</sup>。

Cytomegalovirusにより特有の皮膚症状を表わすことはないが、AIDS患者の剖検の際93%は種々の臓器から本ウイルスが検出されるとい<sup>3)</sup>。

水痘・帯状疱疹ウイルスによる皮膚症状の広がりまたは重症度もまた当然その免疫不全状態の程度に相関するが、なかにはAIDS発症前に帯状疱疹を7回もくり返し、これがAIDS診断の手がかりになったとい<sup>3)</sup>う症例もある<sup>3)</sup>。

Epstein-Barrウイルスはoral hairy leucoplakiaを惹起することが多いが、時にB細胞リンパ腫<sup>12)</sup>、ホジキン病<sup>13)</sup>の腫瘍細胞から検出されることもある。

#### II-1-b) ヒト乳頭腫ウイルス (HPV)

男性同性愛者においては肛門周囲の尖圭コンヂロームの形でみられることが多く、特徴的なのは通常のものより丘疹が多発していることである。問題になるのはこのコンヂロームの癌化で、もちろんその患者の免疫不全の程度とも関連するが、AIDS患者では肛門周囲の扁平上皮癌はよくみられる現象である<sup>3)</sup>。事実、この尖圭コンヂローム病巣より分離されるHPVのDNA遺伝子型は、oncogenic typeの16型、18型、31型、33型および35型などがよく同定される<sup>3)</sup>。一方、女性においてもHIV感染者はcervical dysplasiaを示す率が対照の5~10倍高いといわれる。

#### II-1-c) 伝染性軟属腫ウイルス (MCV)

成人の90%以上はMCVに対する抗体を有するが、免疫抑制状態にあつてはMCVも再感染また再活性化されて通常とは異なる病態を示す。すなわち、より広範で、多発傾向を示し、また個疹もより大型で、特に男性同性愛者では肛門周囲に発生することが多い<sup>10)</sup>。加えて、電顕的に病巣部をみると、原形質内ウイルス構造物は病巣部表皮細胞内のみならず、病巣周辺の臨床的に正常にみえる表皮細胞のなかにもみられ、これがHIV感

染者における本症の治療抵抗性、易再発性を表わしているのではないかと<sup>16)</sup>。

## II-2) 真菌感染症

### II-2-a) クリプトコックス症

AIDSにおけるクリプトコックス症はそれほど多いものではなく1.9~9.0%で、その主たる病巣形成部位は脳、肺であり、皮膚におけるものは極めて稀であるという<sup>9)</sup>。しかしながら免疫不全状態の進行とともに血行性に皮膚に病巣をつくることもある。Ricchiら<sup>17)</sup>は3例の本症について報告し、その全てが経静脈的薬物乱用者であったという。臨床的に皮膚症状は丘疹または小結節としてみられることが多く、個疹は伝染性軟属腫に酷似するので注意を要する。いずれにしても皮膚症状の出現は、その免疫不全状態の進行度を反映し菌の全身性血行性播種を意味し、早晚死に至ることが多いという<sup>4, 17)</sup>。

### II-2-b) ヒストプラズマ症

深在性真菌症としてクリプトコックス症以外にhistoplasma capsulatum感染症の報告もある。やはり血行性播種として全身の丘疹、小結節、局面などの皮膚症状を呈するが、しばしば潰瘍化するという<sup>9)</sup>。とくにColeら<sup>20)</sup>の報告した20歳、女性例では、すでに存在していたカポジ肉腫の腫瘍細胞のなかに菌要素がみられたことより、カポジ肉腫の部がlocus minorisとして働き、菌のdisseminationを来たしたものであろうという。

## II-3) 梅毒

AIDS患者の約2/3に同時にtreponema pallidumの感染もみられるという<sup>9)</sup>。しかもこの場合通常の梅毒とはその経過、臨床症状もやや趣を異にし、梅毒血清反応も陽性化していないことが多い。その病期の進展は急速でいきなり二期症状より始まることも多く、重篤型のLues malignaの形をとり、数ヵ月の間に三期まで進行する。またその発疹型についてもより大型、広範でかなり強い浸潤を呈するのを特徴とする。組織学的にも形質細胞に加えて比較的多くの好酸球を混じた浸潤を示すのもAIDSにおける梅毒の特徴という<sup>19)</sup>。

## II-4) 抗酸菌感染症

米国においても、この80年間結核菌感染症は減少傾向にあったが、近年における特徴はHIV感染者における増加であるという<sup>9)</sup>。しかも免疫抑制状態が強ければ強いほど、その臨床像は非定型的な病態をとる。すな

わち肺外にもリンパ行性、血行性に全身性の撒布性病巣をつくり、これはときに皮膚にも撒種性粟粒性皮膚結核として全身性多発性毛嚢性丘疹の形でみられる<sup>18)</sup>。

そのほか癩菌についてはHIV陽性者の6.5%にみられ、類結核癩または癩腫癩の臨床像をとることが多い。さらに非定型抗酸菌の感染症はそれほど多くはないが、Mycobacterium fortuitum, Mycobacterium avium-intracellulareによる皮膚感染症の報告がみられる<sup>9)</sup>。

## II-5) Pneumocystis carinii感染症

HIV感染に関係なく、P. carinii原虫は細胞性免疫能が低下したり、衰弱の状態において日和見感染としての肺病巣をつくることで有名であるが、皮膚に病巣をつくることは非常に稀である。しかし最近Hennesseyら<sup>15)</sup>によりAIDS患者におけるP. carinii皮膚感染症の2例が報告された。臨床的には丘疹または局面として見られたが、肺病変は発見されず、皮膚症状はP. cariniiによるinitial skin manifestationであるとした。

## III その他の皮膚症状

### III-1) 脂漏性皮膚炎

欧米における報告によると、脂漏性皮膚炎はAIDSにもっともよくみられる皮膚症状の1つで、その32-83%にみられるという<sup>35)</sup>。通常脂漏性皮膚炎と異なるのはその発症がより急激で、より広範に紅斑、落屑を主徴とする皮疹が生じ、ときに痂皮状になることもある。さらに、通常のものより治療抵抗性のことが多く、副腎皮質ホルモン外用剤に加えて、抗真菌外用剤の併用がより治療効果を高めることがあるという。この理由として、AIDSにおいてはその免疫抑制状態が皮表におけるCandida albicansまたはPityrosporum ovaleの繁殖を増長し、これがAIDSにおける脂漏性皮膚炎状態発現せしめているとされるが、最近の報告によると<sup>21)</sup>、AIDS患者の脂漏性皮膚炎が対照に比してとくに有意のPityrosporum ovaleの増加を示しているという事実はなく、むしろ組織において病巣表皮に散在性に見られる個別の壊死性角化細胞の存在ならびに真皮上層の血管周囲性形質細胞の浸潤の所見は、通常脂漏性皮膚炎にみられるものではなく、この辺にAIDSにおける脂漏性皮膚炎の発症原因を求めることができるかもしれないとしている<sup>21)</sup>。

### III-2) 薬疹

AIDSにおいて薬疹を惹起する頻度が高いかどうか

はまだ定見がないが、しかし一度生ずると重症型に進展する傾向がある。佐藤ら<sup>23)</sup>は血友病A患者のAIDSに併発したカリニ肺炎の治療に用いられたST合剤による中毒性表皮壊死症(TEN)の1例を報告した。この例の組織における浸潤細胞の多くがOKT8<sup>+</sup>の表面マーカーをもつことより、HIVにより細胞障害性T細胞が活性化され、これがGVHD同様の機構で表皮細胞の壊死をもたらされたのではないかと推論している。同様に、Saiagら<sup>22)</sup>はフランスにおけるAIDS患者にTENが発生する頻度は0.3%位であるが、その原因薬剤として圧倒的にST合剤またはSulfadiazineが多かったという。これらのことからAIDS患者は対照に比しはるかにTENを発症しやすいriskを有しているので、諸症状の治療に当たっての薬剤の使用にはとくに慎重でありたいとしている<sup>22)</sup>。

### III-3) 結節性紅斑(EN)

ENは種々の原因(感染症、薬物、免疫、腫瘍など)に対する反応性皮下脂肪織炎と理解される。1991年Fegueurら<sup>26)</sup>ははじめてAIDS患者にみられたENの4例について報告し、全例が数ヵ月後にツベルクリン反応が強陽性となり、同時に肺、リンパ節に結核病巣を形成するに至ったので、AIDS患者におけるENの発生は結核発症の予徴であると警告した。ENそのものの臨床像は通常のものとは何ら異なるところはないが、しかし発生部位が下腿に加えて大腿、上肢にまで波及するのがAIDSにおけるENの特徴という。一方、Hohlら<sup>27)</sup>はAIDSにおいてENを有する症例の全てが結核に結びつくものではなく、因果関係が不明のものもあるとしつつも、ENはHIV感染症の1つの皮膚症状と考えている。

### III-4) 血管炎

AIDSにおいては以前より壊死性血管炎の像のみられることが報告されていた<sup>4)</sup>。なかでもRequenaら<sup>30)</sup>の報告例は特異で、臨床的にはカポジ肉腫を思わせるものであったが、組織学的には持久性隆起性紅斑の像であったという。さらに、これまでの報告例の大半は免疫複合体病としての血管炎の像を示すものであったが、しかしながら従来からいわれているAIDSの血管炎におけるHBVまたはCMVの関与の像は、彼らの症例にはみられなかったという。

### III-5) 丘疹性発疹症

その発疹のさまがそれほど特徴的ではないがゆえに、

見過ごされがちであった全身撒布性の丘疹性病変が、AIDSの比較的早期よりみられるという点で最近注目を集めている<sup>4)</sup>。ときにこのような病態が毛嚢一致性に生じ、組織学的に好酸球性膿疱性毛嚢炎(太藤)におけるような毛包壁に大量の好酸球の浸潤のみられる例があり、このような例をとくにHIV-associated eosinophilic folliculitisとよんでいる<sup>4)</sup>。いずれにしても、このような例ではいかなる内服または外用による治療よりも中波長紫外線(UVB)の照射が卓効を奏するという<sup>34)</sup>。

### III-6) 毛孔性紅色靴糠疹(PRP)

PRPは遺伝性または後天性の炎症性角化症の1つである。しかしこのなかにはHIV感染症に関連する症例のあることが報告された<sup>25)</sup>。すなわち、28歳、白人男性における2例で(1人はbisexual、もう1人はhomosexual)、両者ともHIV陽転後1~2ヵ月で全身の毛嚢一致性角化性丘疹をみたものであった。検査において、CD4/CD8比の逆転はあるものの、両者とも現時点でそれほど強い免疫抑制状態はなく、AIDS発症の臨床徴候はないが、皮疹そのものはEtretinate療法に抵抗性であったという<sup>25)</sup>。

### III-7) 毛髪異常

AIDSに特徴的な毛髪異常の存在は明らかでないが、しかしときに栄養障害に伴ってのびまん性脱毛、sudden premature grayingなどの報告はある<sup>4)</sup>。最近、これらの症状とは異なりむしろ睫毛の過伸長(Trichomegaly)の例が報告された<sup>29)</sup>。このTrichomegalyは先天的外胚葉形成異常以外では、後天的にKala-azar(Pitaluga's sign)、他の慢性疾患(肝疾患または栄養失調)などでみられるが、AIDSにおける報告はない。

Kaplanら<sup>29)</sup>は末期状態にあるAIDS患者の3例にTrichomegalyがみられたとし、その発症機構の詳細は不明であるが、いずれにしてもlate stage active diseaseの1つの重要な皮膚症状なのかもしれないとした。

### III-8) 爪甲異常

HIV感染症に特有の診断的価値のある爪甲変化というものはないが<sup>4)</sup>、ときに爪白癬において通常と異なる臨床像を示すことがある。すなわち、白色混濁変化が爪甲の近位端よりはじまったり、また爪甲の表層より白癬菌の侵蝕がはじまるなどである。この場合、菌種としては圧倒的にTrichophyton rubrumによることが

多いという。そのほか10個の爪全てが侵されることがあるのもHIV感染症のときの爪白癬の特徴という。また、感染症以外では、乾癬にみられるよりもより高度に爪甲、爪床の破壊性肉芽腫性変化を生ずることもある。このような場合には、組織学的にすでに扁平上皮癌などの悪性変化に陥入っていることもあるので注意を要する<sup>32)</sup>。

### III-9) 斑状皮膚萎縮症 (Anetoderma)

Anetodermaは特発性にまたは続発性に生ずることがある。続発性にみられるものの多くは何らかの自己免疫性疾患に随伴することが知られていたが、HIV感染症におけるものの報告はなかった。しかしRuiz-Rodriguezら<sup>28)</sup>はHIV陽性者にみられた3例を報告し、その発症機構としてHIV感染者にもよく自己免疫現象が発現するので、弾力線維に対する何らかの免疫機構が働いたのではないかと推論している。以上より著者らはprimary anetodermaもHIV感染症における初期皮膚症状の1つかもしいかなとして<sup>28)</sup>。

### III-10) 腸性肢端皮膚炎

腸性肢端皮膚炎は亜鉛欠乏症候群の代表的疾患である。亜鉛欠乏状態は体液性ならびに細胞性免疫をますます減弱せしめる。AIDSにおいても血清亜鉛の低下のみられることが報告されている。1992年Reichelら<sup>31)</sup>は32歳、白人女性のAIDS患者にみられた腸性肢端皮膚炎の1例を報告した。この例ではAIDSそのものの改善はみられなかったが、皮疹は経口亜鉛の補給により消失したという。

### III-11) 皮膚石灰沈着症

ATLLにおいてはしばしば高カルシウム血症を経験するが、同様の所見はAIDSにおいてもみられることがあるという。AIDSにおいては腎不全もしばしば併発する。Cockerellら<sup>33)</sup>は皮膚を含めて全身にカルシウム沈着をみたAIDSの2例を報告した。この両例ともすでに腎不全を合併しており、これが引続き副甲状腺機能亢進の状態をもたらし、ひいては血清Ca/P比を上昇させることにより石灰沈着を来たしたのであろうとしている。

## 文 献

- 1) The Second 100,000 Cases of Acquired Immunodeficiency Syndrome—United States, June 1981—December 1991, Arch Dermatol 128: 316, 1992
- 2) Kaplan MH, Sadick N, Mc Nutt NS, Meltzer M, Sarngadharan MG, and Pahwa S: Dermatologic findings and manifestation of acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). J Am Acad Dermatol 16: 485-506, 1987
- 3) Dover JS and Johnson RA: Cutaneous Manifestation of Human Immunodeficiency Virus Infection. Arch Dermatol 127: 1383-1391, 1991
- 4) Dover JS and Johnson RA: Cutaneous Manifestation of Human Immunodeficiency Virus Infection. Arch Dermatol 127: 1549-1558, 1991
- 5) 赤城久美子, 清野和子, 北郷 修, 根岸昌功, 増田剛太, 前田義治: 我が国におけるAIDS患者の皮膚症状. 臨皮 43: 511-516, 1989
- 6) 赤城久美子: エイズの皮膚症状. 日皮会誌 101: 1562-1564, 1991
- 7) Fisher BK and Warner LC: Cutaneous Manifestations of the Acquired Immunodeficiency Syndrome. Intern J Dermatol 26: 615-630, 1987
- 8) 赤城久美子, 関藤成文, 根岸昌功, 増田剛太: AIDS—カポジ肉腫を中心に—。皮膚臨床 33: 1621-1628, 1991
- 9) 赤城久美子, 関藤成文, 坂東正士, 八森 啓, 船田信顕: AIDS患者に発生した皮膚のB Cell Lymphoma. 臨皮 46: 431-434, 1992
- 10) Lobo DV, Chu P, Grekin RC and Berger TG: Nonmelanoma Skin Cancers and Infection With the Human Immunodeficiency Virus. Arch Dermatol 128: 623-627, 1992
- 11) Nahass GT, Kraffert CA and Penneys NS: Cutaneous T-Cell Lymphoma Associated With the Acquired Immunodeficiency Syndrome. Arch Dermatol 127: 1020-1022, 1991
- 12) Burns MK, Kennard CD and Dubin HV: Nodular cutaneous B-cell lymphoma of the scalp in the acquired immunodeficiency syndrome. J Am Acad Dermatol 25: 933-936, 1991
- 13) Näher H, Hartmann M, Helfrich S and Petzoldt D: Morbus Hodgkin bei HIV-Infektion—Nachweis von Epstein-Barr-Virus-DNA in Zungenepithel und Lymphom. Hautarzt 43: 190-193, 1992
- 14) Schöfer H, Ochsendorf FR, Hochscheid I und Milbradt R: Kaposi-Sarkom im Gesicht. Hautarzt 42: 492-498, 1991
- 15) Hennessey NP, Parro EL and Cockerell CJ: Cutaneous Pneumocystis carinii Infection in Patients With Acquired Immunodeficiency Syndrome. Arch Dermatol 127: 1699-1701, 1991
- 16) Smith KJ, Skelton III HG, Yeager J, James WD, Wagner KF: Molluscum Contagiosum, Ultrastructural Evidence for Its Presence in Skin Adjacent to Clinical Lesions in Patients Infected With Human Immunodeficiency Virus Type 1. Arch Dermatol 128: 223-227, 1992
- 17) Ricchi E, Manfredi R, Scarani P, Costigliola P and

- Chiodo F : Cutaneous cryptococcosis and AIDS. *J Am Acad Dermatol* 25 : 335-336, 1991
- 18) Rohatgi PK, Palazzolo JV and Saini NB : Acute miliary tuberculosis of the skin in acquired immunodeficiency syndrome. *J Am Acad Dermatol* 26 : 356-359, 1992
- 19) Glover RA, Piaquadio DJ, Kern S and Cockerell CJ : An Unusual Presentation of Secondary Syphilis in a Patient With Human Immunodeficiency Virus Infection. *Arch Dermatol* 128 : 530-534, 1992
- 20) Cole MC, Cohen PR, Satra KH and Grossman ME : The concurrent presence of systemic disease pathogens and cutaneous Kaposi's sarcoma in the same lesion : *Histoplasma capsulatum* and Kaposi's sarcoma coexisting in a single skin lesion in a patient with AIDS. *J Am Acad Dermatol* 26 : 285-287, 1992
- 21) Wikler JR, Nieboer C and Willemze R : Quantitative skin cultures of *Pityrosporum* yeasts in patients seropositive for the human immunodeficiency virus with and without seborrheic dermatitis. *J Am Acad Dermatol* 27 : 37-39, 1992
- 22) Saiag P, Caumes E, Chosidow O, Revuz J and Roujeau J-C : Drug-induced toxic epidermal necrolysis ( Lyell syndrome ) in patients infected with the human immunodeficiency virus. *J Am Acad Dermatol* 26 : 567-574, 1992
- 23) 佐藤英嗣, 小林 仁, 安田秀美, 深谷 徹, 大河原 章, 小林 一, 橋野 聡, 今村雅寛, 桜田恵右 : AIDSにTENを併発した1例. *皮膚臨床*, 34 : 417-420, 1992
- 24) Janniger CK, Gascon P, Schwartz RA, Hennessey NP and Lambert WC : Erythroderma as the Initial Presentation of the Acquired Immunodeficiency Syndrome. *Dermatologica* 183 : 143-145, 1991
- 25) Blauvelt A, Nahass GT, Pardo RJ and Kerdell FA : Pityriasis rubra pilaris and HIV infection. *J Am Acad Dermatol* 24 : 703-705, 1991
- 26) Fegueux S, Maslo C, Truchis P De, Matheron S and Coulaud JP : Erythema nodosum in HIV-infected patients. *J Am Acad Dermatol* 25 : 113, 1991
- 27) Hohl D, Gueissaz F, Gerain J and Frenk E : Erythema nodosum und AIDS. *Hautarzt* 43 : 86-88, 1992
- 28) Ruiz-Rodriguez R, Longaker M and Berger TG : Anetoderma and Human Immunodeficiency Virus Infection. *Arch Dermatol* 128 : 661-662, 1992
- 29) Kaplan MK, Sadick NS and Talmor M : Acquired trichomegaly of the eyelashes : A cutaneous marker of acquired immunodeficiency syndrome. *J Am Acad Dermatol* 25 : 801-804, 1991
- 30) Requena L, Yus ES, Martin L, Barat A and Arias D : Erythema Elevatum Diutinum in a Patient With Acquired Immunodeficiency Syndrome, Another Clinical Simulator of Kapos's Sarcome. *Arch Dermatol* 127 : 1819-1822, 1991
- 31) Reichel M, Maruo TM, Ziboh VA, Huntley AC and Fletcher MP : Acrodermatitis Enteropathica in a Patient With the Acquired Immunodeficiency Syndrome. *Arch Dermatol* 128 : 415-417, 1992
- 32) Daniel III CR, Norton LA and Scher RK : The spectrum of nail disease in patients with human immunodeficiency virus infection. *J Am Acad Dermatol* 27 : 93-97, 1992
- 33) Cockerell CJ and Dolan ET : Widespread cutaneous and systemic calcification ( calciphylaxis ) in patients with the acquired immunodeficiency syndrome and renal disease. *J Am Acad Dermatol* 26 : 559-562, 1992
- 34) Pardo RJ, Bogaert MA, Penneys NS, Byrne GE and Ruiz P : UVB phototherapy of the pruritic papular eruption of the acquired immunodeficiency syndrome. *J Am Acad Dermatol* 26 : 423-428, 1992
- 35) Cockerell CJ : Seborrheic Dermatitis-like and Atopic Dermatitis-like Eruptions in HIV-Infected Patients. *Clinics in Dermatology* 9 : 49-51, 1991

## Cutaneous Manifestations of the Acquired Immunodeficiency Syndrome

Toshihiro MIZUMOTO, Takashi WADA and Mitsuhiro MATSUMOTO

The first cases of acquired immunodeficiency syndrome ( AIDS ) were reported in June 1981 in USA. Since then, AIDS became more worldwide disease year by year.

According to the recent announcement of the AIDS-surveillance committee in Japan, AIDS patients in Japan increased strikingly in number during the past 2years, characterized by the dispersion of patients to various prefectures in Japan.

AIDS discloses some characteristic cutaneous manifestations even in the early stage of the disease.

Therefore, it is more important for many physicians to be aware of the skin manifestations in AIDS in order to detect patients in the early stage and prevent them from the lethal progression of the disease.

In this article, we will provide exactly the precise diagnostic clues of the skin manifestations in AIDS.

**Key words :** HIV-Infection, AIDS, Cutaneous manifestations

---

Dept. of Dermatology, Asahikawa Kosei General Hospital, 1-24 Asahikawa 078, Japan