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

皮膚病診療 (2010.03) 32巻3号:243～246.

【結核と結核疹】
臨床例
皮膚結核

坂井博之, 菅野恭子, 橋本喜夫

皮膚病診療：32(3)；243～246, 2010

◇結核と結核疹＜臨床例＞――①

皮膚結核

坂井　博之*　　菅野　恭子*　　橋本　喜夫**

Key words
皮膚腺病，尋常性狼瘡，Bazin硬結性紅斑

症例のポイント

- 筆者は旭川厚生病院と市立旭川病院に在職中の2003年から2009年までの7年間に皮膚結核を5例経験した．
- 初診の順番に自験5症例のまとめを示す(**表**)．本稿では各病型につき1例ずつ3症例を取り上げる．
- 皮膚結核は高齢者にみられる皮膚病変の鑑別疾患として今後ますます重要となっていくものと考える．

症例1　71歳，女．

初診　2005年6月．

既往歴　解離性大動脈瘤，出血性十二指腸潰瘍．結核の治療歴はない．

現病歴　2004年9月ごろ，下顎部に易出血性の小結節が出現し徐々に増大多発してきた．旭川厚生病院形成外科に腫瘍性病変の疑いで紹介されたが，生検で類上皮細胞肉芽腫が認められたため，同院皮膚科を紹介され受診した．

現症　頤部と前頸部に，示指頭大，表面が潰瘍化し易出血性で痂皮の付着した下方に深く硬結を触れる不整形の鮮紅色結節を認めた(**図1**)．

臨床検査所見　ツベルクリン反応：22×20mm/50×45mm(水疱)，(＋＋＋)．病変部組織片での結核菌PCRは陰性であったが，結核菌培養は培養4週目に陽性と判明した．胸部X線では肺野に異常を認めないが，CTで両側顎下リンパ節，両側上内深頸リンパ節，および頤下リンパ節に多数のリンパ節腫脹を認めた．

病理組織学的所見　表皮は欠損している．結節性病変は多核巨細胞を混じた類上皮細胞肉芽腫からなり，一部には乾酪壊死も認められる．

鑑別診断　臨床像からは原発性および転移性の皮膚悪性腫瘍，非結核性抗酸菌症や真菌症などがあげられる．病理組織像ではサルコイドーシスの鑑別が必要である．

診断確定　皮膚腺病と診断した．

治療と経過　イソニアジド(INH)300mg/日，リファンピシン(RFP)450mg/日，エタンブトール塩酸塩(EB)750mg/日内服による治療を開始した．頸部の皮疹は比較的速やかに改善したが，下肢に結節性紅斑の出現を認め，INH，RFPの2剤内服を長期継続し，治療開始から1年11カ月後に終了した．

症例2　75歳，男．

初診　2008年4月．

既往歴　詳細不明であるが，20歳ごろに肺疾患に罹患している．結核の治療歴はない．

現病歴　初診の3年前に右大腿後面に痒みを伴う皮疹が出現した．皮膚腫瘍の診断で凍結療法を

*Sakai, Hiroyuki(診療部長)／Kanno, Kyoko　市立旭川病院皮膚科(〒070-8610 旭川市金星町1－1－65)
**Hashimoto, Yoshio(主任部長)　旭川厚生病院(〒078-8211 旭川市1条通24丁目111番地)

表　2003年から2009年までに経験した皮膚結核5例のまとめ

自験例	A	B	C（本稿症例1）	D（本稿症例2）	E（本稿症例3）
病型	皮膚腺病	尋常性狼瘡	皮膚腺病	尋常性狼瘡	Bazin硬結性紅斑
患者	52歳，女	69歳，女	71歳，女	75歳，男	54歳，男
初診	2003年6月	2003年9月	2005年6月	2008年4月	2009年8月
受診病院	旭川厚生	旭川厚生	旭川厚生	市立旭川	市立旭川
部位	左鎖骨上部	鼻尖部	前頸部	顔，右大腿	左大腿，右下腿
病理組織像	慢性炎症	類上皮細胞肉芽腫	類上皮細胞肉芽腫	類上皮細胞肉芽腫	皮下脂肪織炎，血管炎
乾酪壊死	無	無	有	無	有
PCR	陽性	陰性	陰性	陰性	陰性
培養	陽性	陰性	陽性	陽性	未施行
クオンティフェロン	未施行	未施行	未施行	未施行	陽性
胸部X線	異常なし	異常なし	異常なし	陳旧性肺結核	異常なし
胸部CT	リンパ節腫脹	未施行	リンパ節腫脹	同上	リンパ節石灰化
治療薬	INH，RFP	INH，RF→RFP，EB	INH，RFP，EB→INH，RFP	INH，RFP，EB→INH，RFP	INH，RFP，EB
治療期間	12カ月	13カ月	23カ月	12カ月	治療中
備考		右頸部瘢痕，INHで肝障害			父が腎結核

図1　症例1の臨床像．表面が潰瘍化し，易出血性で痂皮の付着した鮮紅色結節

受けたが改善しないため，市立旭川病院皮膚科を紹介され受診した．

現症　右大腿後面に17×7cm大の浸潤を伴う暗赤色の紅斑性局面を認めた．その周囲には小型で種々の大きさの紅斑性局面が散在する．局面の表面には褐色調の厚い敷石状の痂皮が付着している（図2）．また，左こめかみ部にも小葉状の鱗屑が付着した不整形暗赤色萎縮性局面を認めた（図3）．

臨床検査成績　ツベルクリン反応：17×16mm/35×27mm，（＋＋）．胸部X線とCTで陳旧性肺結核の像を認める．結核菌の排菌はない．左こめかみと右大腿の両病変部組織片からは，ともに結核菌PCR陰性，結核菌培養陽性の結果であった．

病理組織学的所見　左こめかみと右大腿の両部位で類上皮細胞肉芽腫を認める．大腿では，類上皮細胞肉芽腫は真皮上層に加えて真皮下層の汗腺周囲にも認められる．乾酪壊死は認めない．

鑑別診断　臨床像では，左こめかみの病変は円板状エリテマトーデス，皮膚サルコイドーシス，右大腿はBowen病，皮膚疣状結核などが鑑別疾患としてあげられる．

診断確定　左こめかみと右大腿の両部位ともに尋常性狼瘡と診断した．右大腿は被覆部位であり，経皮接種の可能性が非常に低い場所であること，

図2　症例2の右大腿後面の臨床像．褐色調の厚い敷石状の痂皮が付着した暗赤色紅斑性局面

図3　症例2の左こめかみ部の臨床像．小葉状鱗屑が付着した不整形暗赤色萎縮性局面

また他部位にも典型的な尋常性狼瘡を認めることから，接種によって発症する皮膚疣状結核ではなく過去の治療の影響などにより角化傾向が強くなった尋常性狼瘡と診断した．

治療と経過　INH 300mg/日，RFP 450mg/日，EB 750mg/日内服による治療を8カ月間継続し，その後INH，RFPの2剤に減量し合計12カ月間内服治療を行った．治療終了時には色素沈着および色素脱失を残し病変は治癒した．

症例3　54歳，男．

初診　2009年8月．

既往歴　高血圧，脂質異常症．

家族歴　患者が10歳のころに，父親が腎結核のため腎摘出術を受けている．

図4　症例3の右下腿の臨床像．不整形の淡紅色紅斑を伴う可動性のある索状皮下硬結

現病歴　2009年3月に左下腿の自覚症状のない皮下結節に気づいた．その後，左大腿，右下腿にも同様な病変が出現し増大してきたため，市立旭川病院皮膚科を受診した．

現症　右下腿と左大腿に長さ2cm程度で可動性のある比較的硬い索状皮下硬結が触知された．表面には不整形の淡紅色紅斑を伴う（**図4**）．右大腿と左下腿にはあまり浸潤を伴わない淡紅色紅斑を認めた．

臨床検査成績　ツベルクリン反応：22×20 mm/85×70 mm（壊死／＋＋＋）．クオンティフェロン陽性．胸部X線写真では異常を認めないが，CTで左肺門リンパ節石灰化を認めた．

病理組織学的所見　左大腿の皮下硬結を生検した．皮下脂肪織炎の像を呈し，一部に乾酪壊死を伴う．類上皮細胞肉芽腫，血管炎の所見も認める．

鑑別診断　臨床像からは結節性筋膜炎，結節性多発動脈炎，皮下型環状肉芽腫などがあげられる．

診断確定　Bazin硬結性紅斑と診断した．

治療と経過　IHN 300mg/日，RFP 450mg/日，EB 875mg/日内服による治療中である．皮下の索状硬結は縮小し触知されなくなっている．

考　按

ヒトは結核菌に曝露された場合，約半数で肺感染病巣を生じるが，そのうち90％は自然治癒し一生を通じて発病しない．5％は感染に引き続いて1年程度の間に発病し，これを一次結核という．残りの5％は感染後長期間を経て，体内に潜在していた微量の残存菌が個体の抵抗力低下に伴って活動化し内因性に発症する．このような状態を二次結核といい，高齢者結核の多くはこれに相当する．ただし，感染と発病の境界は必ずしも明瞭なものではなく，軽症例では無治療で治癒し，その後胸部X線などで発病を発見されることもある[1]．皮膚結核において一次結核の範疇に属するものには，tuberculous chancre（primary inoculation tuberculosis），acute miliary tuberculosis, orificial tuberculosis, tuberuculous gummaなどがあるが[2]，これらの病型は現在の日本では非常にまれである．

本邦の皮膚結核において，最近は皮膚腺病と尋常性狼瘡が真性皮膚結核の大多数を占めている[3~5]．皮膚腺病は一次結核でも二次結核でもおこりうるが，高齢発症者の多くは二次結核と推測される．尋常性狼瘡はtuberculous chancreに引き続き生じることもあるが，多くは血行性に運ばれた結核菌により発症し，皮膚腺病と同様に高齢者では二次結核と考えられる．われわれの経験でも症例2（自験例D）では陳旧性肺結核，また自験例Bでは右頸部の線状瘢痕を認めた．同症例は小学生のころ，右頸部に自然治癒した皮下腫瘤の既往があり，頸部リンパ節結核の既往が疑われる．

結核疹は，結核に免疫のある患者が結核菌あるいはその代謝物により皮膚アレルギー反応をきたしたものとされる[3]．通常，病変部位から結核菌は分離されないが，結核菌DNAはPCR法で検出可能であり，抗結核薬による治療に反応する．われわれの経験した症例3（自験例E）はPCR陰性であったが，培養陽性でもPCR陰性の症例（症例1，2〈自験例C，D〉）があった．筆者の経験では，市中の病院検査部門では皮膚切片を用いたPCRは，喀痰での検査と異なり経験が乏しく，技術的な問題があると推測される．結核疹では肺などの臓器あるいはリンパ節で結核菌が非活性化した状態で潜伏し，そこから血行性に菌あるいは菌由来抗原が撒布されていると考えられる．病態的に結核疹は真性皮膚結核とは異なるとされるが，臨床的にはアレルギー反応としてではなく真性皮膚結核と同様に結核感染症として扱うことが必要であり，われわれは結核疹も感染症法に基づき届け出をしている．

1988年以降の病類別および年齢別の結核新登録患者数は財団法人結核予防会結核研究所疫学情報センターのホームページで閲覧可能である[6]．皮膚結核は高齢者にみられる皮膚病変の鑑別疾患として今後ますます重要となっていくものと思われる．

稿を終えるにあたり，ご校閲いただいた旭川医科大学飯塚一教授に深謝いたします．

<文　献>

1）四元秀毅，山岸文雄：医療者のための結核の知識　第3版，医学書院，東京，p.13，2008
2）Marcia Ramos-e-Silva, Maria Cristina Ribeiro de Castro：Dermatology. second edition, Mosby Elsevier, Spain, p.1114, 2007
3）石井則久，佐々木津：最新皮膚科学大系14，中山書店，東京，p.130，2003
4）Hamada, M. et al.：Int J Dermatol　**43**：727, 2004
5）新見やよいほか：日皮会誌　**118**：1095，2008
6）財団法人結核予防会結核研究所疫学情報センター編：その他資料提供，登録時結核病類別患者数，性年齢階級別1998-2008．財団法人結核予防会結核研究所疫学情報センター http：//www.jata.or.jp/rit/ekigaku