



第58回・59回日本臨床皮膚科医会 北海道ブロック研修講演会

学術担当 小泉皮膚科クリニック 小泉 洋子

平成26年度の日本臨床皮膚科医会北海道ブロック研修講演会は4月19日に第58回、11月15日に第59回と2回開催されました。

第58回研修講演会は札幌プリンスホテルにて副ブロック長嵯峨賢次先生の司会のもと、「疥癬の最新の治療」と題して赤穂市民病院皮膚科部長和田康夫先生がご講演されました。先生は疥癬の診断治療に携わっておられるのはもちろん、0.4mmという極小のダニの動画を撮られ、その活動性を記録しています。またご自分の皮膚の上を歩かせ、皮膚にトンネルを作って進んでいく様子を1日目、2日目と写真に撮られています。ご講演の内容を要約しました。

1. 疥癬虫の生態

1) ヒゼンダニとは *Sarcoptes scabiei* 和名はひぜんだに(皮癬) 大きさは0.4mm丸い形で足は8本白色で頭と前足が黒色である。卵の中で2日位すると中に虫がいるのが見えるようになる。幼虫は足6本である。毎分5cm位の速さで歩く。2) 目で見えるのか。10円玉の鳳凰と同じくらいの大きさで乳白色である。皮膚にもぐり込んでいるとなかなか見えないが、前足と頭が黒い点として見える。3) 疥癬の病型。1. 通常疥癬 2. 角化型疥癬 角化型疥癬は見つけたら直ちに隔離治療するのが大切。角化型疥癬の痂皮には虫体が多くあり、5cm四方に200匹くらいいる。疥癬の成立には一匹の虫が付いただけでありうる。

2. 疥癬の診断

疥癬を疑うという動機が大切。1) かゆみ 2) 感染源との接触 3) ステロイドが効かないこと。皮疹はそうは痕、丘疹である。陰部では結節を形成している。確定診断はダニを見つけることである。疥癬トンネルを探す。Mellanbyは886例の患者から9,978匹のダニを検出した。8割は手であり他は肘、足、男性外陰部が多かった。赤穂市民病院でも手、手首>足>膝の順で検出した。手では手指・指間40%、手掌30%手首屈側30%。どのように探すのか? ダーモスコープを使って探す。頸体部と前脚部が黒い。後ろ足は黒いが背中

にかくれてしまっていて見えにくい。背の低い二等辺三角形に見える。ダーモスコープがない場合はフラットヘッドスキャナーを用いる。

3. 疥癬の治療

1) 外用薬 イオウ軟膏(保険適応だが製品がない)効きがよくない。オイラックスクリーム(保険適応外)。安息香酸ベンジル。γBHC 切れ味がよいが現在使用不可。ペルメトリン 日本では使えない。スミスリン ペルメトリンより安全性が高く効果が高い。2) 内服薬 イベルメクチン(2006年から保険適用)

4. 集団発生の対応と予防

2009/8/19角化型疥癬患者が診断された。6月末に入院していた。手に垢がついて取れないという診察依頼だった。虫体が多数検出された。看護師5人と同じフロアの患者5人がうつっていた。急性期病院であり1ヵ月で大部分の患者が入れ替わっている。150名の退院患者に受診の呼びかけを行った。取材に来て新聞に載った。対応は1. 角化型疥癬患者の隔離。2. 空間的分布の調査把握。3. 時間的分布の調査把握である。一時入院していた7階でも集団発生があった。11月27日まで患者が受診した。患者数は職員6/59人、診察回数5~6回で、のべ333回。他の患者は31/83人で、のべ332回の診察を行った。疑わしい人は何度も診察する。予防は角化型疥癬を見逃さないことである。当該患者との接触期間最短3日間、化学療法のために3日間入院した患者だった。マンシットであろうか。イベルメクチンにて1割くらいに再発することがあるので注意深く治療する。

質問があった。

Q: 集団発生を経験した。疑わしい皮疹がある人は治療した。1ヵ月してまた新規患者が現れた。全員に予防投与してもよいか。

A: 予防治療しなかったのは自分の能力を調べるためであった。集団発生時の見逃し率は30%(13/44人)でした。



第59回研修講演会は「いい皮膚の日」市民公開講座に引き続いて札幌プリンスホテルにて開催されました。副ブロック長嵯峨賢次先生の司会のもと、「ヘルペスウイルス感染症Up to date」と題して札幌医科大学皮膚科学講座教授山下利春先生がご講演されました。先生は札幌医科大学の500例の単純ヘルペス、帯状疱疹を検討しました。

1. 単純ヘルペスの診断と治療

病型はカポジ水痘様発疹症、ヘルペス性歯肉口内炎は少数である。臀部の潰瘍性病変では診断に迷うことがある。プライムチェックHSVを用いると15分くらいで検査結果が出る。感度が高く90%位が検出される。治療は抗ウイルス薬を用い

る。ファムシクロビルは体内でペンシクロビルに変換され、チミジンキナーゼでリン酸化される。ペンシクロビルはこの酵素親和性が他のもの比べると100倍高い。性器ヘルペス初感染は重症で痛みのため歩けない、排尿できないなどの症状を伴う。性感染症と位置づけられている。性器ヘルペスの治療は抗ウイルス剤を5日間内服するが、初感染は5～10日間内服する。再発抑制療法もある。札幌医大では3年間95例の単純ヘルペスに対し口唇部の病変には外用剤が多く使われ、カポジ水痘様発疹症、歯肉口内炎は内服治療している。再発抑制療法は1年継続して行うが、無症候性排泄があるのでパートナーへの伝播は完全には抑制されない。実際に感染例があった。いつまで抑制療法を続けるのか難しい。

2. 帯状疱疹について

帯状疱疹発症に係る機序の推測。抗体価が落ちると発症するというのは間違いでVZV反応性T細胞が年齢とともに減少するのである。よって60歳を過ぎたら水痘ワクチンを打つのがよい。帯状疱疹は世界的に増加傾向にある。宮城スタデイでは14年間では発症数は36.1%、発症率は41.8%増加している。札幌医大では2006年75例、2013年150例と増加がみられた。発症率は年齢とともに増加するが富山では80歳以上では減っている。医大では60代女性に特に増えており、80代以上は少ない。季節は夏、部位はT1-9、面積からいくと顔、再罹患率は3.6%である。臨床経過は1～3日の前駆痛に続き皮疹が出現する。1～3ヵ月の帯状疱疹関連痛、帯状疱疹後神経痛をきたすこともある。病理組織学的所見ではBallooning degenerationが認められる。細胞融合はウイルスによるものではない。STAT3が発現誘導されIFN α β が抑制され、survivinによりアポトーシスが起こらないようになるのである。入院加療を考慮する症状として1) 臨床症状、ラムゼイハント等である。2) 合併症がある。3) 帯状疱疹後神経痛のリスクのある患者である。

治療のポイントは帯状疱疹後神経痛に考慮することである。60%が2日以内に受診している。帯状疱疹後神経痛(3ヵ月以上疼痛が続いた人)の頻度は2006～2010年では16.4%、2011～2013年には15.3%であったが、その年齢分布は6歳差で上がっている。そのリスクは高齢者、女性、前駆症状、強い急性期疼痛といわれている。医大でも60歳以上、重症皮疹、三叉神経領域であった。帯状疱疹後神経痛はどのくらい続くか。3ヵ月以降徐々に低下する。疼痛持続期間は83名中73名が3年未満で平均230.5日。残りは3年以上か不明であった。50%は1年くらいでよくなる。薬物療法
1) 三環系抗うつ剤、Caチャンネル α 2 δ リガンド(プレガバリン、ガバベンチン)ノイロトロピ

ン2) デュロキセチン、メキシレチン3) オピオイド。プレガバリンは不動性めまいが用量依存性にみられ、150mgでは10%。効果判定は数週間かけて増量し、最大投与量に達して3～4週間経過して判定する。50%で効果がある。薬剤療法はメコバラミンからプレガバリンに変わったが治療期間の短縮には結びついていない。単剤増量と併用療法のいずれが奏功するか明らかでないが症例によって選択すべきではないか。

質問があった。

Q: VZVに反応するT cellが低下すると帯状疱疹が出てくるとのことですが、 γ グロブリンを点滴したことがあったが、液性免疫は発症治癒に関係しないのか。

A: まったく関係しないしいないとはいえないが細胞性免疫が大事で、液性免疫は病態には関係しない。

Q: 疼痛はあるが皮膚症状が出ていないときがあるがどのようにしたらよいか。

A: 抗ウイルス剤を処方しているが論文ではあまり関係ないというものも出ている。

Q: カポジ水痘様発疹症は再活性化か初感染か。

A: 両方の場合がある。

研修会では動画にびっくりし、多くの症例の積み重ねに感嘆し、いっぱい勉強できました。会員の一人としてさらに研鑽を続けたいと思った日々でした。