

学会 報告

日本臨床皮膚科医会北海道ブロック 第52、53回研修講演会

日本臨床皮膚科医会北海道ブロック学術担当
札幌市医師会（小泉皮膚科クリニック）

小泉 洋子

2011年は日本臨床皮膚科医会北海道ブロック第52、53回研修講演会が開催されました。

◇

4月9日、ニューオータニイン札幌において、日本臨床皮膚科医会北海道ブロック第52回研修講演会が開催されました。副支部長の嵯峨賢次先生が座長をされ、愛知医科大学皮膚科学教授の渡邊大輔先生が「教えて、渡邊大輔先生！帯状疱疹に対する臨床知識を整理する」と題し、152の質問に答えるという形でご講演されました。内容を要約しました。

帯状疱疹の疫学と発症にかかわる因子について

原因はHHV 3型である。ヘルペスウイルスは大型の2本鎖DNAウイルスで、100種類以上が同定され、魚類、両生類、ほ乳類まで脊椎動物に広く感染する。潜伏感染、再活性化する性質を有する。ヒトを宿主とするヘルペスウイルスは8種同定されている。帯状疱疹は1年に60万人、1,000人に4.6人が発症する。米国では85歳以上の発症率は5%である。本邦における全皮膚科疾患における帯状疱疹の位置づけは14位2.4%である。

1997年から2006年の疫学調査MIYAZAKI STUDYでは発症年齢は10歳代に小ピークがあり、50歳代から高くなり、70~79歳にピークがある。2006年の方が高齢者の発症率は高くなっている。水痘は夏少なく、帯状疱疹は夏に多く、水痘が沈静化する時期に帯状疱疹が増加する。しかし帯状疱疹が多い年は水痘も多い。帯状疱疹は細胞性免疫と関係が深く閾値より下がると帯状疱疹が発症する。帯状疱疹の再発率は1~5%である。ミネソタ州Ohnsted郡での1996~2001年までの疫学調査では、22歳以上での帯状疱疹再発率は6.2%（女性7.2%、男性4.5%）であり、免疫状態が正常者では、5.7%、compromizedでは12.0%であった。

ワクチンについて

1974年、水痘ワクチン（岡株）が開発された。弱毒株である。米国では1995年から定期接種。2006年からは2回接種となり、91%が接種している。2004年から細胞性免疫を高めるのに使われている。日本での接種率は35.7%である。ワクチンを用いた帯状疱疹の予防は効果があるのか。5年で発症は2分の1に減少。帯状疱疹後神経痛は3分の1に減った。米国では60歳以上のすべての人に推奨している。

年齢別にみた帯状疱疹特異免疫反応について

①CD4 memory T cellは年齢とともに下がる。②CD8 effector T cellは年齢とともに下がる。③抗体価は加齢による変化はみられない。ワクチン接種により液性免疫、細胞性免疫共に誘導されるが、加齢とともに細胞性免疫誘導効果は下がる。

水痘の感染経路は空気感染で、潜伏期は2週間ではほとんどの人が顕性感染する。帯状疱疹は感染を起こすときは接触感染であるが、ウイルス血症を起こしているときは空気感染する可能性がある。帯状疱疹は患部を覆う。汎発性帯状疱疹になっているときは個室管理し、陰圧にするなどしてドアは閉めておく。医療従事者はワクチンを接種する。患者ケアは抗体を持っているものが優先して行う。抗体陰性者はマスクをする。接触して12時間以内であれば、ワクチンを接種する。7日目までは、5~7日間抗ウイルス剤の予防内服をする。

帯状疱疹の治療

患者の免疫能をみて、低下しているものには点滴を行う。入院治療をするのは汎発疹を伴うもの、複発性帯状疱疹、帯状疱疹後神経痛の発症リスクの高いもの、運動神経麻痺の出現したもの、三叉神経第一枝病変に眼症状の合併したもの、頭痛、発熱のあるものなどである。

免疫能の異常でない症例は、皮疹発症後5日以内に抗ウイルス剤の7日間内服を開始する。2~3日で新皮疹の形成停止がおこる。ファムシクロビル>バラシクロビル>アシクロビル>プラセボである。内服期間は7日と14日で効果に差はなく、7日間が必要十分である。しかし、重症例は7日間の治療でウイルスが消失しない可能性がある。内服に当たっては腎機能に応じた用量に留意する。ファムビルの副作用は少なく1%で、胃腸症状が0.43%である。外用剤はNSAID、局麻剤、抗ウイルス外用剤、創傷治癒外用剤などを用いる。抗ウイルス剤ソリブジン外用にバラシクロビルを併用した時は内服のみと有意差がない。ジェネリックは、アシクロビル注射薬に明らか有意差はない。

帯状疱疹の痛みの分類をした。急性期痛は侵害受容体痛である。帯状疱疹後神経痛は神経障害性疼痛で、10~25%に発症する。自発性定常痛、発作性電撃痛、誘発痛（アロディニア）がある。疼痛管理が大切であり、痛み記憶を残さないようにする。

NSAID、1日上限量が4,000mgになったアセトアミノフェン、ステロイド、神経ブロック、リリカの早期投与の開始を行う。帯状疱疹後神経痛が残ったら、三環系抗うつ剤、モルヒネ徐放剤、5%リドカインパッチ、オキシコドン徐放剤、リリカ等を用いる。低出力レーザー、近赤外線治療（スーパーレーザー）、ノイロトロピン、疼痛専門医へのコンサルトを行う。そして最大の治療法はワクチン接種である。

大変内容の多いご講演をいただき、勉強になった研修会でした。



11月12日、「いい皮膚の日」に札幌プリンスホテルにて、第53回研修講演会が開催されました。暖かい晴れた秋の日でした。同じく嵯峨賢次先生が座長をされ、群馬大学大学院医学系研究科学講師の安部正敏先生が「どう使い分ける？ネオオラルとbiologics」と題してご講演されました。群馬県では翌13日に「いい皮膚の日」の講演会をするとのことでした。内容を要約しました。

この頃は生物学的製剤の全盛時代であり、次々と新しい薬が開発されている。乾癬にはヒュミラ、ステララ、レミケードが用いられている。第3回世界乾癬会議では、そのほかにネオチガソン（アシトレチン）がエトレチナートの90分の1の半減期であることから話題になった。

生物学的製剤ができたことに伴い、患者知識の向上が重要である。日本乾癬患者連合会、福岡乾癬友の会、群馬県乾癬友の会（からっ風の会）に行った。患者の会での質問は「毒をもって制するというのですか、どうして結核を引き起こすのですか。治験はないのですか、乾癬も治るといことですか」などだった。夕刊フジ「ブラックジャックを探せ」

の記事に掲載された。また神奈川新聞に、乾癬に新薬ステララの記事が載ると12例の患者が受診した。電話もあったが、内服、紫外線経験者で、医療不信の方たちであった。例えば、68歳、22年の乾癬歴、外用療法、紫外線療法、ネオオラル内服したが、ネオオラルが高額であり中断した。

考え：最近のネット重視ははたして正しいのか、生物学的製剤はむしろ従来の適正治療にも効果がある。医療不信者にもマスコミ経由のアプローチは違って映る。製薬会社には適正評価をいただきたい（ネット以外の活動もしてほしい）。

生物学的製剤を使用するにあたって、適応患者を選ぶことが大切である。2011年版では16歳以上、皮疹が体表面積の10%以上、既存治療抵抗性の難治性皮疹または関節症状を有するなどである。

既存治療無効とは、ネオオラル無効例はよいか、紫外線治療のみの無効例、チガソン無効、ネオオラルのジェネリックの無効例はどうするか。ネオオラルを拒否する者もいる。無効への懸念、経済性、毎日内服するのが安心などが考えられる。

患者には治療にあたって説明を工夫することが重要である。高額医療費を理解させる、安全性、アドヒアランスの良さ、そして期待感を持たせるように説明し、4ヵ月は使おうという。ネオオラルの位置づけは、分2週4回（隔日投与方法）と分1朝食前1回（1日1回投与方法）がある。日経新聞にはジェネリックの問題点が掲載された。ネオオラルのジェネリックに切り替えて悪化した症例もある。生物学的製剤を提示して上手に使う。

疾患のことだけでなく患者の会、マスコミとの関係についてもご講演いただき、考えるところの多いためになる研修会でした。

電子メールによる会員への情報提供について

—メールアドレスの登録—

◇情報広報部◇

本会では、インターネットを利用し、電子メールにより緊急性の高い情報を、会員の皆様に送信提供しております。対象は当会の電子メールアドレス利用者全員と他プロバイダの電子メールアドレスをお持ちになっていて、本会にアドレスを登録している会員です。

他プロバイダの電子メールアドレスの登録につきましては、随時受け付けておりますので、是非ご登録いただきたくご案内いたします。

●電子メールアドレスの登録方法

電子メールで、ご氏名、登録メールアドレスを明記のうえ、下記宛お送りください。

・申込先メールアドレス：add@m.doui.jp