

ラジオNIKKEI ■放送 毎週木曜日 21:00~21:15

マルホ皮膚科セミナー

2013年8月8日放送

「第64回日本皮膚科学会西部支部学術大会④ シンポジウム3-4
顔面アレルギー性接触皮膚炎、脂漏性皮膚炎に合併/続発した
酒さ様皮膚炎の論理的診断と治療」

木沢記念病院 院長/岐阜大学 名誉教授
北島 康雄

はじめに

私が大学病院の教授であったこと、テレビ番組に出演する機会が何度かあったこと、現在は敷居の低い民間総合病院に勤務していると言う条件から、かなり多くの紹介患者やドクターショッピングをしているさまよう患者を見ることとなりました。その結果、大学病院勤務時代より多くの酒皰様皮膚炎の患者を診ることが出来ました。

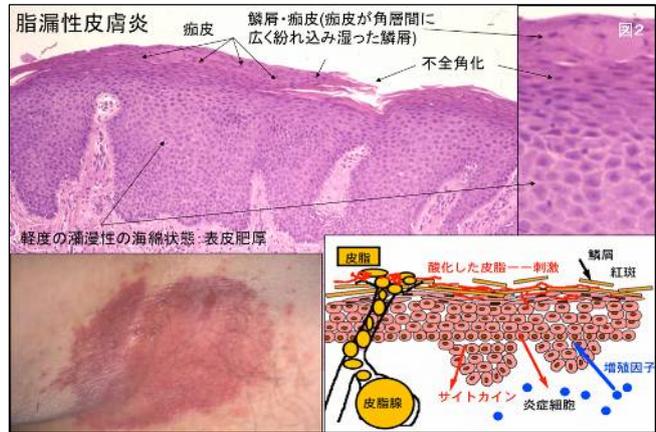
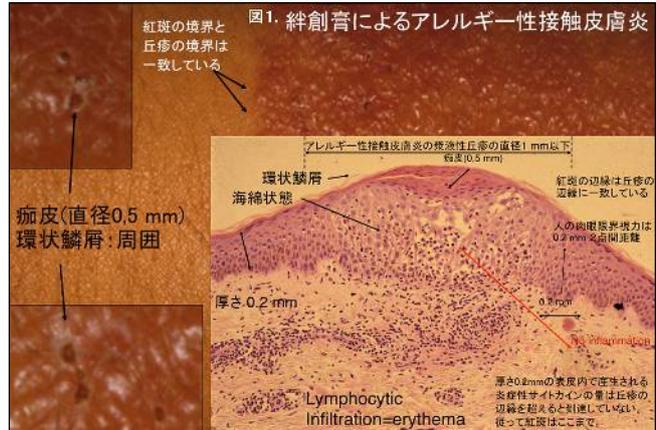
顔面の湿疹皮膚炎と言う診断で診療を受けた患者が治らないので来院された時は殆どがアレルギー性接触皮膚炎、アトピー性皮膚炎、脂漏性皮膚炎に合併している酒皰様皮膚炎の患者であると分かりました。一過性のアレルギー性接触皮膚炎や一次刺激性皮膚炎の患者がステロイド軟膏を長期間外用しすぎて酒皰様皮膚炎になった場合は、ステロイド外用を中止すれば2~3ヶ月で良くなりますので殆どが初診医か2番目の皮膚科医によって治療され良くなっていると推察されます。しかし、私のところにこられる酒皰様皮膚炎の多くの患者が慢性のアレルギー性接触皮膚炎、アトピー性皮膚炎、脂漏性皮膚炎の治療の過程で生じたか合併した患者で、酒皰様皮膚炎は診断されてはいるものの、その元の疾患や合併症が診断されていないまま、治療としてステロイド外用の中止と再開を繰り返してなかなか治癒に至っていないということが分かりました。そこで本日は顔面アレルギー性接触皮膚炎、脂漏性皮膚炎に合併・続発した酒皰様皮膚炎の論理的鑑別診断についてお話ししたいと思います。

病理組織像での実践的鑑別法

教科書にはアレルギー性接触皮膚炎は点状状態すなわち丘疹、漿液性丘疹/点状痂皮を特徴とし（図1臨床写真）、脂漏性皮膚炎は紅斑落屑性表皮変化を特徴とし（図2臨床写真）。これに対して、酒皸様皮膚炎は毛嚢脂腺系疾患として毛嚢性丘疹で時に膿疱を混じり瀰漫性潮紅と落屑、毛細血管拡張症を示す（図3）、とあります。文章の記載上からはこれらの疾患の違いは明らかのように見えますが、実際はしばしば誤診されて我々が3番目4番目の医師として診療することが多いのが現状です。しかし、これらの皮膚炎の鑑別は論理的に迷わないで診療できると考えますので、その実践的診断法をお話したいと思います。

まず、病理組織像（図1右下）で観察すると、アレルギー性接触皮膚炎は厚さ0.2 mmの表皮内の直径0.2 mm以下の点状海綿状態が病態の中心で、その結果直径1 mm以下の漿液性丘疹を形成し、そこからサイトカインが真皮に分散し血管拡張と細胞浸潤を誘導します。厚さ0.2 mmの表皮内で産生されるサイトカイン量は微少であり丘疹の辺縁を超えると到達しません（図1病理組織図内赤線）。従って、肉眼の二点最小識別距離が0.2 mmであることから、紅斑と丘疹の辺縁は一致します（図1臨床図）。この微小漿液性丘疹が古くなって出来る直径0.5mm以下の点状痂皮やそれ取り巻く直径1 mm以下の微小襟飾り状の鱗屑も紅斑辺縁と一致しています（図1臨床拡大図）。

一方、脂漏性皮膚炎は、毛嚢から分泌された皮脂が毆風菌や紫外線で酸化され脂肪酸となり、表皮表面からケラチノサイトを瀰漫性に刺激する1次刺激性皮膚炎であります。その結果ケラチノサイトから炎症性・増殖性サイトカインが分泌され表皮内に瀰漫性の海綿状態と表皮増殖を生じ、丘疹でなく紅斑落屑性病変を形成します（図2モデル図）。鱗屑は



瀰漫性海綿状態を形成する細胞間の血清成分が角質にそのまま瀰漫性に移行しているため湿った状態になり、紅斑面にその辺縁まで付着します（図2組織図）。初発の毛嚢性丘疹も真皮内の毛嚢に炎症は伴わない開口部の不全角化によるものであり、高さの低い毛嚢性丘疹になります。

アレルギー性接触皮膚炎と脂漏性皮膚炎

まず、アレルギー性接触皮膚炎と脂漏性皮膚炎を絶対間違えない秘訣をお話します（図4）。アレルギー性接触皮膚炎は先に述べたように0.2mmの厚さの薄い表皮内の点状の海綿状態であり、急性期では1mm以下の漿液性丘疹と慢性期では紅斑局面の上に0.5mm以下の点状痂皮を多数形成します（図4右側）が、脂漏性皮膚炎は表皮表面からの刺激性脂肪酸による一次刺激性皮膚炎ですので、一様に紅斑落屑性変化になり、0.5mm以下の点状痂皮は作りません（図4左側）。また、鱗屑を伴う毛嚢性の丘疹を紅斑辺縁にみることはありますが、決して漿液性丘疹は伴いません（図4左側）。従って、鱗屑のある紅斑局面上に漿液性丘疹や0.5mm以下の点状痂皮の集簇があれば、それは絶対的にアレルギー性接触皮膚炎と言うことになり、なければ脂漏性皮膚炎と言うことになります。



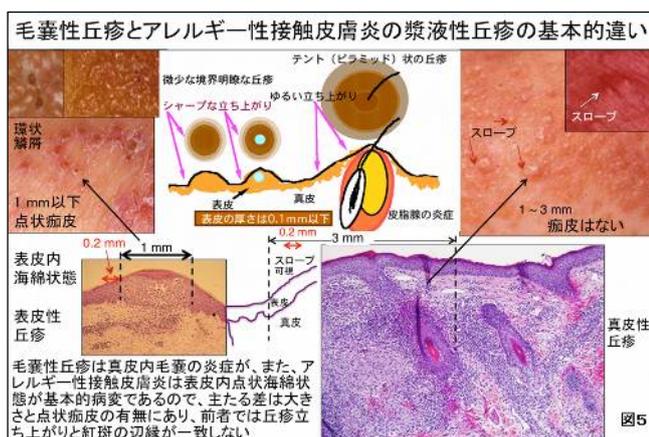
アレルギー性接触皮膚炎と酒皰様皮膚炎

酒皰様皮膚炎は表皮から深さ0.5mmより深部の真皮内毛嚢炎による毛嚢性の丘疹や膿疱が主病変であるので丘疹は1～3mmの大きさになり丘疹側面のスロープが肉眼で観察されます。かつ、酒皰様皮膚炎は真皮の疾患であり、表皮内疾患の特徴である0.5mm以下の点状痂皮の集簇や1mm以下の漿液性丘疹を伴いませんので、これらが観察されなければ、それは絶対的にアレルギー性接触皮膚炎ではなく酒皰様皮膚炎と言うことになります。

脂漏性皮膚炎と酒皰様皮膚炎

脂漏性皮膚炎と酒皰様皮膚炎は共に毛嚢脂腺系がその発症に深く関わっているので、臨床的にも類似性がある様に誤解されていますが、基本的に全く異なります。前にも述べたように脂漏性皮膚炎は皮脂腺から分泌された皮脂の分解産物である刺激性脂肪酸による表皮表面から始まる一次刺激性皮膚炎であるのに対して、酒皰様皮膚炎は真皮内にある毛嚢炎が主体であるので真皮内から始まる疾患です。従って、脂漏性皮膚炎では毛嚢皮脂腺に炎症がなく、毛孔開口部に不全角化の鱗屑がやや厚く付着して一見毛嚢性丘疹に見える

るのに対して、酒皰様皮膚炎では真皮内毛嚢皮脂腺に肉芽腫状の炎症が有り、しっかりした丘疹になります（図 6）。さらに、脂漏性皮膚炎では表皮が炎症の主体であるので基本的に鱗屑が広くつきますが、酒皰様皮膚炎では丘疹の中心の毛嚢開口部に膿疱や膿痂皮が着くことはあっても、紅斑上に小片状の鱗屑はつきません。着いていれば、脂漏性皮膚炎の合併と考えます。



治療

私の場合は、酒皰様皮膚炎と診断出来れば、殆どの例でステロイド外用を中止し、ワセリン単純塗布とミノサイクリン 100mg/日内服 4週間から 8週間、ビタミンC、B2、B6内服を数ヶ月投与します。それでも、ステロイド外用薬中止後 4日目頃から 14日目頃まではいわゆるリバウンド症状で顔面に局所熱感、浮腫、膿疱、浸出液の漏出、痂皮形成が診られますが、2週目当たりから軽減し始めます。1月後にミノサイクリンを中止すると悪化する例もありますが、再投与を 1～2週間続けると収まることが多いです。このような再発を月に 1、2度繰り返して 3～6ヶ月でほぼ治癒しますが、毛細血管拡張症は残ることが多いです。

酒皰様皮膚炎の症状が落ち着いてくる 2～6ヶ月の間に、元の疾患であったアトピー性皮膚炎、慢性アレルギー性接触皮膚炎、脂漏性皮膚炎が再発することが多いので、これらの原疾患が再発しないようにタクロリムス軟膏の外用療法、ステロイド外用剤等を用いて注意深く治療します。たとえば、脂漏性皮膚炎再発の場合の症状はステロイド軟膏を 1日 3回 4日間だけが使用すれば消失します。ステロイド軟膏は 3週間以上同じ部位への外用を休止していれば酒皰様皮膚炎の再発は経験上ありませんでした。多数の化粧品で感作されている人はアトピー性皮膚炎であることが多く、タクロリムス軟膏で改善しますが、改善しないときは、シクロスポリン内服を症状が消失するまで行うこともあります。

以上、酒皰様皮膚炎についてステロイド外用剤を長期間使うことになった原発疾患の診断と治療が忘れられているという視点から考察してみました。