

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10月17日放送

「第29回日本臨床皮膚科医会③ シンポジウム6-6

『あせも』の診断と治療のひと工夫」

浅井皮膚科クリニック

院長 浅井 俊弥

はじめに

本日は、「あせも」についてお話をさせていただきます。皮膚から分泌される汗は、様々な皮膚疾患の発症や増悪と関係があり、また、様々な全身性疾患でも、汗の異常をきたすことが知られています。近年、汗の生化学的、免疫学的研究や、発汗の生物学的研究が進み、肥満細胞からヒスタミンを遊離する、いわゆる汗抗原がマラセチアの蛋白であった、とか、ヒスタミンが発汗の機能を減弱させていたなど、特にアトピー性皮膚炎との関連で興味深い結果が報告されています。

一方で、「あせも」を対象とした基礎研究や臨床研究はまったくないのが現状で、学会の教育講演でも聞いたことはありません。実は、われわれ開業医は、夏になれば、「あせもがひどくなった」という訴えで来院される患者さんをしばしば拝見しています。乳児や幼児だけではなく、お年寄りや、中には寝たきりの患者さんもいらっしゃいます。「あせも」という一般名は、患者さんにとってもイメージしやすく、汗をかいたあとに、汗をかいたところに出る発疹という感覚なのです。もちろん、皮膚科専門医がみれば、それは「あせも」ではなく、間擦部のアトピー性皮膚炎が悪化したようだ、とか、カンジダ性間擦疹でしょう、とか、汗管腫といった非炎症性の疾患も含まれています。

そこで、この夏、「あせも」を主訴に当院を来院した患者さんを集計してみました。実際に汗疹と診断した症例の割合は、乳児では75%、幼児では71%、学童になると40%、それ以上では13%となり、患者さん本人は「あせも」と思って来院したのですが、実際はほかの疾患だったという割合が年齢とともに増加していきます。

ところで、典型的な「あせも」だ、あるいは、あせも以外は考えられない、という皮膚病変とは何なのでしょう。個人的には、この点について、明確な答えを持っておらず、まあ、「あせも」でしょう、などという不親切な対応が少ないのが現状です。そこで、今回は「あせも」の診断、そして治療について、整理してみようと考えました。

汗疹の分類

まず、「あせも」、すなわち汗疹について、その分類からおさらいをしてみましょう。汗疹には、1)水晶様汗疹、*miliaria crystallina*、2)紅色汗疹、*miliaria rubra*、3)深在性汗疹、*miliaria profunda* の3つ、ないし、4)膿疱性汗疹、*miliaria pustulosa* を加えた4つが教科書には記載されています。Sudamina という横文字も有名で、*miliaria* の同義語として用いられます。さ

で、汗疹の臨床診断ですが、水晶様汗疹は表皮内の汗の貯留のみが病態で、炎症がないことから、他の疾患との鑑別は問題になりません。深在性汗疹、膿疱性汗疹は紅色汗疹の特殊型としてまとめている教科書もあります。この2つの疾患名は、個人的には用いることはありません。なお、汗腺膿瘍、いわゆる「あせものより」は汗疹とは区別し、細菌感染症として捉えておく必要があります。いずれにしても紅色汗疹こそ、本来の「あせも」と考えたいと思いますので、本日はこれを中心に話を進めたいと思います。

紅色汗疹は、発汗の多い部位、または汗の貯留しやすい部位、すなわち、額、頸部、項部、背部、腋窩、肘窩、膝脛、さらにはオムツの下の臀部などが好発部位となります。手掌・足蹠については汗疱、あるいは異汗症などの病名を用いることが通例です。発症時期は梅雨どき以降の夏と、乳児では冬でも厚着をさせた時などに見かけます。紅色汗疹は、表皮内汗管に一致した *spongiotic vesicle* が個疹の最小単位であり、したがって臨床的には紅斑を伴う小さな漿液性丘疹で、複数、しかも転々と等間隔に並び、あまり新旧の混在がないのが特徴と考えてよいでしょう。これをダーモスコピーで見ると、毛孔とは一致しない丘疹のてっぺんが、等間隔に並んでいるのが確認できることがありますので、診断の一助になります。

あせも(汗疹)の診断

- 水晶様汗疹 (*Miliaria crystallina: sudamina*)
角層内ないし角層下の汗管と関連する小水疱
- 紅色汗疹 (*Miliaria rubra: prickly heat*)
 - 膿疱性汗疹 (*Miliaria pustulosa*)
 - 深在性汗疹 (*Miliaria profunda*)表皮の *spongiosis* ないし *spongiotic vesicles* と炎症

O'Leventhal LJA. The pathogenesis of miliaria. The role of sodium chloride.

Arch Dermatol 1961; 84: 2-17.

O'Healde E, Khigman AM. The pathogenesis of miliaria rubra. Role of the resident flora.

Br J Dermatol 1978; 99: 117-37.

紅色汗疹

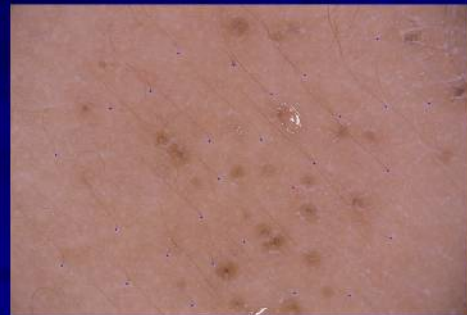


3カ月男児



2歳女児

紅色汗疹(ダーモスコピー)



毛孔とは一致しない丘疹が等間隔に並んでいる

個疹の性状から鑑別すべき疾患は、カンジダ性間擦疹、多発性毛囊炎、突発性発疹などですが、湿疹化をきたす例も少なくなく、アトピー性皮膚炎、接触皮膚炎、脂漏性皮膚炎の間擦疹などとの鑑別で、悩むことが多々あります。また、湿疹化を伴わない紅色汗疹と、湿疹化を伴う紅色汗疹の線引きをどうするか、厳格な定義はもちろんありません。個人的な印象としては、紅色汗疹と診断する場合には、意外と鑑別すべき疾患が多いのではないかと感じています。今後は、皮膚生検、発汗テスト、自己の汗のプリックやパッチテストなども行って、原因からのアプローチも必要ではないかと思えます。



生活指導と治療

さて、次に生活指導と治療について考えてみました。生活指導としては、型どおりになりますが、汗をかいたら早めにぬぐう、シャワー浴をする、冬場は必要以上に厚着をさせない、などと説明することが多いのではないかと思います。汗をかかないように、という指導はやや行き過ぎの感があるように思います。治療は、どうされていますでしょうか。どちらかという乾燥かす方向で外用薬を選択することが多いのではないのでしょうか。ちなみに、処方箋医薬品にもありますが、あせも用薬として販売されている OTC 医薬品としては、カラミンローションが有名ですが、酸化亜鉛が主成分ということになります。亜鉛華軟膏を用いる場合もあります。また、炎症が強い、つまり湿疹化をきたした場合には **medium class** 以下のステロイド軟膏ないし乳液基剤のステロイドローションが有用と考え、処方してきました。治癒までの経過を診ることは多くありませんが、おおむね数回の外用で改善していると思われます。ただしあとで述べますように、経過中に細菌感染とは考えにくい膿疱や痂皮を混じてくることがあります。あせもの定番、という処方をお持ちの先生がいらっしゃいましたら、是非ご教示いただきたいと思います。

あせもの黒ゴマ 痂皮性汗疹

最後になりますが、このような経験はありませんでしょうか。当院ではあせもの黒ゴマないし痂皮性汗疹と呼んでいるのですが、頸部や肘窩の紅色汗疹の経過中、膿疱を生じ、やがて丘疹のてっぺんに黒っぽい小さな痂皮が固着し、それが比較的密に



分布し、こすっても容易にははがれず、ステロイド軟膏の外用やオリーブ油の清拭でも落ちない、という病変が続発してくる症例があります。痂皮を取って KOH 検鏡を行ってもカンジダはありません。サブロー寒天培地に置いて何も生えてきません。

しかし、あくまでも経験的ですが、ケトコナゾールローションを外用するときれいにはがれてきます。肘窩の左右でステロイドローションとの比較を行ったことがあります。圧倒的にケトコナゾールローションの方が有効でした。したがって基剤の問題ではなく、抗真菌作用なのではないかと思えます。染色して検鏡を行うと、マラセチアの胞子が比較的多くみられますので、紅色汗疹に続発するマラセチア感染症なのではないかと考えています。今後機会があれば、皮膚生検なども行ってみたいと考えています。患者さんに黒ゴマを見かけたら、一度ケトコナゾールローションの外用を行ってみてください。

以上、エビデンスの低いデータを元にした提案で恐縮ですが、これで本日のお話を終わりたいと思います。ご静聴ありがとうございました。

4歳女児 ケトコナゾールローション外用6日

