

新春放談

紅斑について

<出席者>

西山 茂夫

北里大学名誉教授，
本誌名誉編集委員長

西岡 清<司会>

東京医科歯科大学
名誉教授，
本誌編集委員長

斉藤 隆三

前・東邦大学医学部客員教授，
本誌編集委員

向井 秀樹

東邦大学医学部客員教授，
本誌編集委員

浅井 俊弥

浅井皮膚科クリニック院長

山本 俊幸

福島県立医科大学皮膚科教授

西山 今年も新春放談の時期となりました。これまで名誉編集委員長の西山茂夫先生にご参加いただき、いろいろとご教授いただきました。今回も引き続いて先生からいろいろとご教授いただくということで開催させていただきます。

今回のテーマは「紅斑について」です。紅斑をどのように捉えるべきか、非常に興味のあるところ です。学会などでうかがっていると紅斑についての皆さんの捉え方にニュアンスの違いがありそうなので、それも非常に面白いことだなと考えています。

まず初めに紅斑をどういうふうに定義するかというあたりから話を進めていただいて、あとは自由にご討論いただいたらと思います。

たまたま今回、私は皮膚科の祖といわれているイギリスのWillanの教科書を翻訳させていただく機会がありました。彼の紅斑の定義は、「皮膚の局限した部位の持続的発赤で、全身症状を伴うが、伝染性はない」、つまり感染症は含まないということになっています。19世紀の終わりの話ですから、今とは全然違っていると思いますが、それ以後、いろいろなところで紅斑の定義がされてきたのだらうと思います。まず紅斑はどういうふうに定義していくのが一番いいのかというあたりからお話をいただきたいと思います。

古い文献をみますと、Willanより前にCullenという人が分類していますが、当時のイギリスでは目にみえたものを中心に分類して、Willanが新しく定義したようです。彼の定義が各地に広がっていき、フランスやドイツも同じようなかたちになっています。ただ、ドイツの場合はSchönlein先生がベルリンでチーフをやられておられたのですが、彼は病理学をものすごく重要視された。たぶんドイツの伝統は皮膚病理学にもとづく臨床所見というかたちがずっと続いているのではないかと私は勝手に考えました。そうした流れの中で定義が変わってくるのかなと思っています。そのあたりは西山先生、歴史的なことも含めて、どんなかたちになっているのでしょうか。

西山 その前に、今度出た西岡先生監修の『原著に学ぶ英米皮膚科学の古典』は素晴らしい本ですね。

西岡 ありがとうございます。

西山 あれを読んで非常に勉強になりました。余談ですが、あれは出版されたのではなく、大阪大学皮膚科学教室で出されたのですか。一般には買うことはできないのですか。

西岡 もう少ししたらドイツ語版ができる予定で、英語版と岩月啓氏先生のフランス語版の3つ合わせたかたちで、買っていただけるようにでき

たと思っています。

西山 そうするとだいぶ厚くなりますね。

西岡 そうなんです。ばらばらに出したほうがいいのか、よくわからないですが、あまり分厚くなって値段が高くなってはいけません。

西山 おのおの訳した方の注釈が最後にあるでしょう。あれが面白いですね。

西岡 ありがとうございます。

西山 いま先生は、紅斑は人によってだいぶニュアンスが違って面白いと言われました。それは本当にそうで、どの点が違うのかを議論しあうのが皮膚科の面白さだと思います。最近知りませんが、昔は学会場でもそうした議論をして、ときには揚げ足を取るとか、面白かったのではないかと思います。

思い出すのは神奈川の学会で、ある大学の教授が、「紅斑は皮膚の赤い斑であるから、単純性血管腫(port-wine stain)も紅斑と教えている」と言われた。そこで紅斑をどう考えるのか、その先生の大学では、皮膚面にあって、赤い発疹はすべて紅斑になってしまう。これはたいへんなことではないかという気がしました。

Willanの定義をみるとだいぶおかしい点がありますよね。「持続的な発赤」というと血管腫がまさにそれにあたるわけで、血管腫が紅斑と言う教授がおられてもおかしくないことになります。「全身症状を伴う」というのは、伴わないもののがかなりありますね。「伝染性はない」というのは、おそらく発疹、rashとの鑑別で言われたのではないかと思います。

いずれにしてもいま先生が言われたようにWillanの定義には、はっきりした病理組織学的な定義はありませんが、読んでみると病理組織学的な考え方を匂わせるところが多々あります。たとえば丘疹は明らかに炎症を意味していて、結節とは病理組織学的性質が異なることがはっきりしています。そういう点では私はWillanさんを非常に尊敬しています。

個々の点では議論の余地があるので、そこは面白いところだと思いますが、ドイツ学派では確かに

に病理組織学的に発疹を考える立場の人が多く、私もどちらかというところらのほうです。

話が長くなって申し訳ないですが、『皮膚科専門医テキスト』という分厚い本があります。いまあれが教科書として使われているか、私は知りませんが、25年ぐらい前に専門医になるための教科書として出ました。それによると、「斑は限局した皮膚面の変化をいう。色調の相違から赤ければ紅斑、色素斑、白斑、紫斑に分ける」と書いてあります。当時私は、「紅斑は炎症性のもので、生まれつきの血管形成異常や循環障害とは区別したほうがいい」と当該執筆者に提言していました。

そうしたら『皮膚科専門医テキスト』の改訂第2版が出ました。ちょっと読んでみますと、「紅斑は血管の拡張に由来する。その色調は鮮紅色から黄褐色、紫紅色までさまざまである。硝子圧によって退色する。(中略)真皮上層の毛細血管拡張ならば鮮紅色に近く、炎症性細胞浸潤を伴うと浸潤性の赤色となる。浮腫を伴うと淡紅色に変化する。真皮の中層から下層の血管拡張では暗赤色から淡紅色にみえる」。全然わけがわからなくなっている。(笑) 本当は青くみえるはずですけどね。

かつて私は、紅斑は炎症を意味する、炎症性の血管の拡張、充血によって赤くみえるものを紅斑と言いたいと提案しました。可逆的であり、境界が一応ははっきりしている特徴がある。色の点は、病理組織学的に、急性炎症ならば好中球が多いので鮮紅色を呈するはずである。亜急性の炎症は紅色、慢性炎症は暗赤色、このように目でみた紅斑の赤の色調と病理組織像をくっつけて考えてみたらよいと思いました。ちょっと特別なものとして、出血性炎症や色素失調があれば黒い色加わるので赤紫色になる。そのように考えて記載したらどうかと言ったのですが、全然通用しませんでした。(笑)

西岡 今日、この座談会に出てくる前にネットで「紅斑とは」というのがあったのでみましたが、『皮膚科専門医テキスト』と同じことが書いてありました。こんなことを考えている人がいるんだ、これはたいへんだなと思いました。



西山 茂夫 名誉編集委員長



西岡 清 編集委員長



斉藤 隆三 編集委員

西山 私が専門医試験を受けたら落ちますね。(笑)

西岡 人によってばらばらな感じで言われている人もいます。大学のルールがあるのかもしれませんが、その中で紅斑のニュアンスが変わってきているのかなという気がして、おうかがいさせていただきました。ありがとうございます。

西山 そういうふうに定義すると、持久性(非炎症性)の血管拡張による赤い斑は除外されるんですね。これに対して何か反論があると面白いのですが、直接私のところに言ってこられる方がいない。そこで自分で反論をみつけようと思います。

たとえばport-wine stainは話しましたが、red palmはどうか、これは手掌紅斑と言っています。red palmがどうだという意見が出ると面白いと思っていたのですが、これは炎症ではなく血管拡張ですから紅斑ではない。したがって手掌紅斑という名前は直したほうがいいのではないかと思います。

それに関連して、vascular spiderでも斑状になることがありますね。直径が数cmぐらいの大きなものになることがあります。これも血管拡張ですから除外する。

rosaceaは毛細血管拡張が根底にあって、時期が経つと細胞浸潤がおこってきて、肉芽腫性炎症にまでなります。そこでrosaceaの初期を取り上げて、それを紅斑というかという議論をしたら面

白いと思います。rosaceaの最初の毛細血管拡張の仕方を病理組織学的にみれば、sinusのようなかたち(sinusoid)が特徴で、血管腫とは病理組織学的にも区別でき、循環障害から炎症に発展したものと思います。

接触皮膚炎などでも、とくに植物性のものなどの初期の赤い斑を紅斑と呼ぶかなど反論してもらえると非常に面白いと思いました。

西岡 ありがとうございます。先生のいまのお話からすると紅斑と血管拡張を分けるべきということだと思います。たぶん浅井先生はそういうかたちで習われたと思いますが、そのときにどちらにも入らないというものは出てこないですか。

浅井 蕁麻疹は一般に膨疹とカルテに記載しますが、あるとき紅斑でもいいかなと思ったこともあります。すべて病理を取ってみるわけではありませんが、北里大学では蕁麻疹でも経過の長いものをよく蕁麻疹様紅斑と呼んでいました。それが一般的かどうかはともかくとして、これは病理組織学的にも対応があって細胞浸潤、血管の中に好中球がたくさん詰まったような状況がある。真皮に及ばないにしても炎症がある。個人的ですが、膨疹の組織と明らかに違う紅斑であるという定義をもっています。

西山先生に教えていただいた病理組織と色調の変化もそうですね。鮮紅色だと好中球が多い。慢性は暗赤色になる。それを基盤としてこれまでもずっと臨床をみてきました。



向井 秀樹 編集委員



浅井 俊弥 編集委員



山本 俊幸 編集委員

西山 炎症ですから、当然移行がありますよね。膨疹と紅斑、丘疹と紅斑の境目は、紅斑性丘疹とか丘疹性紅斑という。いまの蕁麻疹様紅斑もそうです。しかし何々様というからには、その理由をはっきりさせておくべきだと思います。

そこでもう一度病理に戻りますと、膨疹は限局性の浮腫ですから、滲出と区別しなくてはならない。つまり滲出性紅斑ですね。このときには滲出とリンパ球の浸潤が同時にあります。滲出がなくなり、リンパ球の増殖のみの場合が環状紅斑です。そのように紅斑を病理組織学的に浮腫性、滲出性、増殖性に分けて、おのおの臨床型とどのように対応するか考えて症状名をつけたらどうかと思います。

西岡 確かに紅斑は一つの徴候ですが、Willan先生の教科書を読むと、当時としてはそうだったのだらうと思いますが、病名になっている。しかもその病名がそのまま現在も生きている。それはいろいろな角度から検討されて当然独立したものであるというかたちで流れてきています。

紅斑を考えていくときに、症状として捉えるのが大事なのかなと思います。そこから本来の疾患に向かって、先生がいまおっしゃったみたいに、これはこの疾患と関係あるときちんと筋道が立てられるといいかたちになります。しかしいま皮膚科の若い先生の考え方を聞いていると、まず病名がある。まず病名があって、だから紅斑なんだという考え方が先行しているようなところがありま

す。皮膚病の診療の仕方としては逆方向に行っているのではないかというのが気になっています。斉藤先生はそのあたりはいかがですか。

斉藤 いろいろ問題点がありますが、その中の一つで最初に西山先生がおっしゃった血管腫を紅斑としているというのは、まだ教科書にあります。血管腫の写真が出ていて、紅斑と説明文が書いてあるのはまだ残っています。それは第何版とずっとつながっている教科書ですが、どうして変えないのかと思うのが一つです。

手掌紅斑の話がちょっと出ましたが、炎症性の血管の拡張で、境界が明瞭であるというというのが紅斑と考えておりましたが、その点からは手掌紅斑は紅斑とは離れ、紅斑と少し違うのかなという感じはしていました。

いまくさん組織をみていますが、組織をみているといろいろな炎症があり、紅斑も炎症の変化の一つで、原因がさまざまなはずですね。さまざまな原因に対する反応が皮膚におこっている。結果として皮膚に現れる紅斑の症状が人によって概念が違ふと困るので、たとえば、組織学的に非炎症性の血管拡張をみる変化が、臨床で紅斑と表現されるのは困ることで、紅斑の概念をある程度決めておいてほしいという感じはします。

病理組織をみていると、依頼伝票に皮膚症状が書いてあれば、どういう症状の病変から検体を採取されたのはわかりますが、症状の記載がない場合には、病理組織学的所見から紅斑があったので

はないかなと想像してレポートを書くのですが、紅斑と書かれているのに、病理組織学的所見が紅斑とは思えない所見を呈することがあり、非常にむずかしいところがあります。

西山 何も書いてこないほうがいいんじゃないですか。(笑)

斉藤 勝手なことを書けますけどね。たとえば臨床診断に紅斑症と書いてくれれば、紅斑が主体の病変だったろう。したがって臨床所見と病理組織学的所見を合わせて滲出性紅斑型のグループであるか、蕁麻疹様であったかというのはある程度書けると思います。何も書いていないと、どういう紅斑だったか、想像するしかないですね。

西山 向井先生、いかがですか。

向井 私も紅斑に関しては西山先生に直接的に教えられている関係上、紅斑は炎症性疾患と理解しています。ただ、学会に参加して発表を聞いていると臨床像の説明が貧弱になっていると思います。ほとんど形容詞がなくて単に紅斑としか発表せず、目を閉じると発表のみでは臨床像が想像できません。学会抄録は決められた分量の原稿用紙しかないのので、全部を表現できないことは理解できるのですが、学会発表のまま論文に単に紅斑と記載引用されており、臨床像の記載が詳細ではないのです。そのへんは先ほど西山先生がおっしゃったように疾患ありきで、ついでに臨床症状を説明するだけで、本当に特徴的な臨床像を理解していないのではないかと疑ってしまいます。是非とも基本に戻る必要があります。

今回のテーマが紅斑と決まったときに、最初に頭に浮かんだことが手掌紅斑です。紅斑とすると一番違和感を覚える疾患だからです。確かに臨床症状を表すには手掌紅斑は合っていますが、普通の血管拡張よりちょっと淡いですね。ここは最初に命名された方が、手掌潮紅より手掌紅斑のほうがわかりやすいので命名したのだと思います。

基本的には血管拡張を紅斑症から外すべきだと思いますが、ほかの教科書をみてもまだ血管拡張は紅斑症群に残っていますね。ただ、表現するときにはやはり紅斑は炎症性のものとするほうが

しっかりと伝わるのではないかと思います。

西山 西山先生に直接習われていない山本先生はいかがですか。

山本 私もうちの若い人には、紅斑は毛細血管の拡張を伴う炎症性の充血と教えていて、炎症を伴わない持続性の血管拡張、血管腫とは区別して教えています。カンファレンスでも意識して発疹の記載を指導するようにしています。むしろ中堅あたりの人がそのあたりがなおざりになっていて、この間もカンファレンスで、単純性血管腫を誰かが紅斑と言ったら、若い人が、「これは紅斑ではないんじゃないですか」と言ってくれたのは嬉しかったですね。

西山 そういう議論が出るといいですね。

山本 若い人をみていると紅斑、発赤、潮紅を意識して使い分けることは少ないかなという気はします。

向井 紅斑以外での発赤、潮紅の使い分けですね。

西山 どうしても紅斑と表現できない場合には、紅斑と言わないで潮紅といたり、発赤といたりしても構わないと思います。ただ、自分は何を、なぜ言っているのかを意識しないといけないと思います。

山本 さっき西山先生がネットで定義が出ていたとおっしゃいましたが、それはどこかで定義されていたものをそのままもってきて、そこに自分なりの解釈が何も入っていないと思いますね。

西山 紅斑とはというので何か載っているかなと思ってみたのですが、そうしたらそういうかたちで書いてあって、「あれ？」とびっくりしたところがあります。でも、あんなふうに乗ってしまうと、いまの若い人はネットが好きだから、みんなそれでやってしまうところがありますね。

西山 『皮膚病診療』もそういう点では責任があると思いますね。今日たまたま1冊選び出してもってきました。これは余談になるかもしれませんが、ここに「鱗屑を付着した紅斑より生検した」と書いてあって、写真が出ています。ところがこれは線状苔癬の症例ですから丘疹のほうがいいと思いま

すが、紅斑になっている。写真をみても丘疹ですね。こういうのはサッと目につきますね。(笑)

次に皮膚筋炎の症例で、これも紅斑の記述はむずかしいことが多いのですが、写真と記載をみると「線状紅斑を認める」とあります。ところが線状紅斑というと、別の病気を想像するからまずいかなと思います。それで「中央では網状を呈していた」。まさにそのとおりで、こういう表現でいいのではないかと思います。

今度は背部で「びまん性の浮腫性紅斑」、このへんがまたちょっとむずかしくなってきます。

だんだんおかしくなってきました、次はプリングル病の症例です。組織をみると毛細血管が拡張していると書いてあるけれども、全然拡張していないので、教科書のとおりには書いたのではないかな。これは血管ではなくリンパ毛細管が拡張しているものであって、弾性線維に異常があるということですよ。

それと同じことが次の仮性黄色腫です。「病理組織像で真皮内にオタマジャクシ様の管腔構造を認める。そして間質に膠原線維の増生がある」というのですが、増生はまったくなくて、むしろエオジンで均一に染まるような変性がある。増生と変性は違います。

だんだん面白くなってくるのですが、汎発性環状肉芽腫、「丘疹および紅斑が多数存在している」。どれが紅斑で、どれが丘疹か、全然わかりません。

最後に、リポイド類壊死症と鑑別を要した皮下型皮膚サルコイドがありました。この組織も、臨床もそうですが、典型的なリポイド類壊死症です。この著者は自分ではリポイド類壊死症だと思っているに違いありません。最後のところに、日本皮膚科学会東京地方会ではサルコイドーシスと鑑別を要したりポイド類壊死症と報告したと書いてあります。ですからこれはまさに報告のほう为正しいので、おそらく学会のときに誰かにサルコイドーシスではないかと言われて変えたのではないかなと思います。

別に揚げ足を取ろうとは思わないけれども、こういうことを議論し合うのが面白いと思います。

この1冊を読んでも『皮膚病診療』は非常に面白い論点を与える。しかし教育的には誤解を与える点があつてはまずいと感じた次第です。

西岡 ありがとうございます。先ほど先生がちらっとおっしゃったのですが、浮腫性紅斑という言葉がいろいろなときに使われます。浮腫性紅斑と滲出性紅斑がこんがらがったかたちで、ちょっと盛り上がっていると全部浮腫性紅斑にされてしまうところがあつて、あまりいい言葉ではないのかなと思ったりしていますが、いかがでしょうか。

西山 先ほど浅井先生が言われた蕁麻疹で赤い、蕁麻疹様紅斑というのはあつていいですね。浮腫性紅斑と蕁麻疹様紅斑ですが、経過と血管変化が少し違います。また、滲出性紅斑と分けるのが大切で、そこは臨床的には時間的な経過が違います。蕁麻疹様紅斑は数日、滲出性紅斑は数週単位で続く。病理組織学的にはリンパ球も出てきて、滲出を伴います。滲出と浮腫との区別は大切だと思います。浮腫は血管から出たあと吸収されて、あとは何も残らない。滲出は血管から出た蛋白成分が多い点が浮腫と違います。その結果としてリンパ球の増殖もあり、したがって時間が長く続く。週単位であるということも考慮すれば分けられると思います。また、問題は原因が何かということで、一つの同じ原因でもどちらの皮膚症状も呈することがあり、原因が異なっても同じ症状を呈してもかまわないかもしれません。

西岡 確かに紅斑なら紅斑を認識することが大事で、それと同時に、なぜそれがおこったのか。ストーリーづくりというといけませんが、いろいろな情報を集めて、なぜそれがその場所におこらなければいけなかったのかの説明ができる。そういうかたちの紅斑という使い方であれば素晴らしいなと思います。なかなかそこまでいっていないのか知らないですが、やたらに浮腫性紅斑という言葉が学会で飛び交うので、何を狙っているのかわからないところがあります。

向井 むずかしいところですが、浮腫性紅斑の擁護派というかたちでお答えすると、蕁麻疹様紅斑や滲出性紅斑は病名的に成り立っているところ

があります。ところが、この両者と異なる病気に生じた同様の紅斑を、これらと一線を画したという意味で使っているのではないかと思います。

たとえばアトピー性皮膚炎の背部、急性に汗をかいて悪化することがあります。最近では汗に含まれているマラセチアが病因に関係していると言われていますが、そのときに出てくる蕁麻疹様紅斑は1日以内には消えませんが、蕁麻疹のような膨疹でもありませんし、滲出性紅斑のように水っぽさもないので、そういう言い方をせざるを得ない。そういう使い方ではないのでしょうか。

西山 炎症のスペクトラムは連続性ですから、そう取れると思いますね。蕁麻疹様紅斑ではなく、蕁麻疹ともいえない例があってもいいと思いますね。

向井 とくに蕁麻疹様紅斑は特殊な疾患としてすでに独立してしまっているのです、そこを誤解されたくないのだと思います。

西山 浮腫性紅斑をうまく定義できますか。

向井 いや、そこはむずかしいですね。両方が成り立ってしまっているのです、中間的な、中立的なかたちとして使っているのではないかと思います。

西山 山本先生、いかがですか。

山本 浮腫性紅斑、浸潤性紅斑は皆しょっちゅう使いますね。ただ、うちのカンファレンスでよく言うのは、何を言おうとしているかはわかるけれども、言葉として正しくない。浮腫を伴う紅斑とか浸潤を伴う紅斑ということを意識して使っているのだたらいいいけれども、ということはよく言います。

浅井 西山先生は時間的な経過も重要と言われましたが、私も浮腫を伴う紅斑と滲出を伴う紅斑を使い分ける際には時間的な経過を把握する必要があります。発生してからどのぐらい持続するかということをうかがったり、目でみてその病理組織を想像して、これは滲出を伴う紅斑、これは浮腫を伴う紅斑、あるいは膨疹である。それを意識して使う。それを伝えていくことが必要かもしれませんね。

西山 それができるのが皮膚科の本当の専門医ですよね。そこがまた皮膚科診断学のもっとも重要な点であると思います。

西山 皮膚病というのは皮膚を中心として表現されてくる反応のパターンですが、それが病態解析と連結していないと、簡単に丘疹とか結節と言われても理解されにくくなるのかなと思います。アトピー性皮膚炎の大騒ぎのときに、小児科の先生が私はたくさん症例をみているから知っているんだとよく言われたのに対して、本当は何もみていないんだと申し上げたのですが、全然わかってもらえなかったポイントではないかという気がします。

検査がどんどん発達してきていますから、むしろ検査に乗かってしまうことが中心になってしまいます。これはちょっと言い過ぎかもしれませんが、大まかな検査値は皮膚をみながらでもわかるというところが、皮膚科医の本質かなと思ったりします。こういうことをいかにして若い皮膚科の方々に広げていけるかというのは、すごく大きな課題かなと思います。いまは丘疹と結節でも1 cmでしたか2 cmでしたか、それを超えたら結節というふうな単純な分類がまかり通ってしまっています。

西山 アメリカでは0.5 cmですね。日本ではさまで、人によって違う。

山本 ちょっと話がずれますが、腫瘍や沈着症が結節と私も考えていますが、papular mucinosisという病名がありますが、あれはあまりよくない病名ですか。

西山 病名は歴史的にみても時代、国によって違うんですね。papularという表現が好きなのはアメリカです。昔、ドイツではそういう言葉はほとんど使われなかった。lichen myxoedematosusがよく使われましたがlichenでもありませんね。元来mucinosisは炎症ではないのでpapularは誤解を招きますね。私はpapular mucinosisという言葉は使いたくないと思っていました。

斎藤 紅斑が主体となる病気を紅斑症としたときに、多くは症状名が診断名になっています。紅

斑症の診断で終わってしまうと困るのであって、原因が何であるかを追求する必要があります。個疹が同じような症状でも、分布がさまざまで、また target lesion, 環状, 蛇行状, あるいは木目状などの特異な紅斑を呈するもの, あるいはまったく不定な形態を呈する紅斑など, 紅斑の中でもさまざまな臨床像があります。さらに、粘膜症状, 発熱などの全身症状を伴うものなど, 診断にかかわる紅斑以外の症状の記載があまりきちんとされていないことには正確な診断を下すことは困難になります。

それはなぜかという、隠れている原因は何か、なぜこんなものがおこってきたのか、それをみたいというところが最後の目的にあるのですが、それがたとえば木目状になっていれば癌があるかもしれないと想像はしますよね。非常に不定な紅斑が出てくれば、癌かもしれない、薬剤かもしれない、いろいろ考え方はあると思います。そういう意味で、紅斑の症状の病理組織学的所見には大きな違いはないかもしれませんが、一つひとつの症状と、その人にとってどういう分布でどのようにおこっているかという記載を、きちっとしてもらいたいというところがあります。

それから病理組織を取る場合に、単なる紅斑のところを生検したというのが多いと思いますが、どういう症状の紅斑を取ったかというのはわからない。

西岡 先ほどからおっしゃっている形容詞ですね。形容詞, 修飾語がどれだけつけられるかですね。

斉藤 もちろん紅斑だけで原因を想像するのは病理組織学的にはむずかしいのですが、どういう反応がおこっているかはわかりますから、それから考えられることを原因に結びつけられれば一番いいと思います。そのあたりを記載してもらいたいという感じがします。

西岡 確かにそうですね。さっきの lichen planus は lichen か erythema かということもあると思います。先ほど斉藤先生がおっしゃったように、病気の流れの中の時期によって変わることもあるのかもしないですね。

西山 lichen planus は元来は丘疹だろうと思いますね。ところが1970年頃から薬剤による lichenoid eruption が増えてきて、紅斑症のほうに入ってくるわけです。そのように時代とともに変化したり、あるいは原因とともに変わってくるのも one-like, 何々様で片づけていいのかということも問題になるかもしれないですね。

浅井 ペラグラと壊死性遊走性紅斑は紅斑でよろしいですか。

西山 あれは炎症ではない。

浅井 炎症ではないので、紅斑ではない。

西山 ない。また同類の acrodermatitis enteropathica も赤くみえるけれども、紅斑とはいわない。これらは表皮傷害性変化で赤くみえるだけです。

浅井 そこは、われわれは理解していますが、若い先生にはむずかしいと思います。

西山 これらの代謝障害性の赤い病変を紅斑と区別すべきであるのは治療法が違ってくるからです。ペラグラや acrodermatitis enteropathica (亜鉛欠乏症) にステロイド剤を使ったら具合が悪いでしょう。それがわかる人とわからない人は、専門医かそうじゃないかの違いです。

西岡 以前、先生は TEN (toxic epidermal necrosis) はほとんど細胞が出ていないじゃないかとよくおっしゃっていました。TEN も原文を読んだら、紅斑みたいなかたちで表現されていますが、紅斑というより熱傷反応というかたちになっています。私はいまだに信じられないのですが、Stevens-Johnson と TEN が SJS-TEN という形で1つの病気になってしまう。国際的にもそうになっています。

浅井 範囲の違いだけになってしまいましたね。

西岡 罹患範囲の違いというだけでまとめられてしまっている。最近の症例は薬剤が多いからそうってしまったのだと思いますが、なんとなくまだ違和感が残っています。Stevens-Johnson の最初の原文を読むと、彼は論文の最後で、原因としてどうも感染症によるらしいと記載しています。

西山 感染症を否定していたのではないですか。当時の知識、技術で感染症を否定しているのです。

が、その1つの理由は白血球減少があるということです。それからアナムネーゼで感染はなかっただろう、中毒もないだろうということです。これは発表が小児科医なので皮膚の記載が乏しいです。残念ながらこれ(『原著に学ぶ英米皮膚科学の古典』)には写真が載っていないですが、Stevensの原著には写真が載っています。それをみると一つひとつの発疹はそれほど大きくなく、径2 cm以内で、壊死に陥った鱗痂皮がついています。確か感染症は除外したのではないですか。

西岡 どうでしたかね。私が訳していましたかね。(笑)(注：後に原文をみたところ、感染症は否定的だったのですが、それでも特殊な感染症を考えていたようです)

浅井 片山先生が訳しています。

西山 感染は除外していたと思いますよ。いまだったらウイルスだって一向にかまわない。ただ、これは確か1927年ですからね。

西岡 梅毒は完全に否定していますね。

西山 子どもだからという理由です。子どもでもありうるけどね。先天梅毒の皮膚症状にもちょっと似ているところがあるけれども、経過はまったく違いますね。

Stevens-Johnsonのことを少し詳しく知っているかという、昭和30年、私が皮膚科医2年目に北村包彦先生が座長になって“皮膚粘膜眼症候群”というテーマで文部省の班会議ができました。そのときにはBehçet病というのはまだ日本にはなく、滲出性紅斑をminorとmajorに分けて、majorにStevens-Johnsonも属するというので一応片がついたのですが。

山本 私はそう習いました。

西山 Behçet病はその後急激に増えてきて、鹿野信一先生(東京大学医学部眼科学教室 名誉教授)の発案でBehçet病という名前がついたけれども、それまでGilbert症候群とかはたとえば眼科ではほかの病名で呼ばれていました。皮膚粘膜眼症候群の1つとしてのStevens-Johnsonとはだいぶ違うんですね。また当時のBehçet病は前房蓄膿性ブドウ膜炎が主病変で、いま言っているBehçet病と

は違うものです。

西岡 症状がだいぶ違う。

山本 Stevens-Johnson TEN overlapという言葉で使われることがあります。以前学会で、その言葉を聞いたときに、これはおかしいと思ったのですが、水疱やびらの面積が10～30%のものをStevens-JohnsonとTENのオーバーラップと定義されているようです。

西山 どっちが主体で、どっちがオーバーラップしているんですか。

山本 もともとStevens-Johnsonが最初で、そこからTENに移行するものがoverlapという言い方をされています。

西岡 もともとは滲出性紅斑であったものなのですね。そこからだんだん変わってきてSJS-TENという名前になってしまって、それで皮膚疾患の認識としていいのか、いつも気になりながら学会で聞いていますが、誰も相手にしてくれないので。

西山 原因は薬剤ですか。

山本 そうですね。

西岡 薬剤が原因になってから、表現がだいぶ変わってきたのでしょうか。

西山 表現が変わっていますね。

西岡 いま出てくるのはほとんど薬剤ですね。

西山 最初にTENらしき症例が出たときに水野信行先生(名古屋市立大学 教授)は、これは固定薬疹とまったく同じだ、それが単に広範囲に出たものだと言われたのですが、同感ですね。当時はそういう症例が大部分だった。Stevens-Johnsonは滲出性紅斑ですが、その移行はまったく議論にならない状態だった。新しい薬剤が出てくるに従って臨床像が変わってくるのではないのでしょうか。

西岡 滲出性紅斑も、最初にHebraが言った滲出性紅斑と、いま薬剤で出てくる滲出性紅斑は全然違うかたちになっていますね。いまのは盛り上がりも少なく、ターゲットもあつたりなかったりというかたちです。Hebraを読んでいきますと、Willan先生によるとerythema papulatumとerythema tuberculatumという名前が二つあって、Hebra先生はその両方がerythema exudativum multi-

formeに相当したのではないかと書いていらっしやったので、そんなものかなと思いながらみていました。ですからpapulatumはちょっと盛り上がったもので、大きくなるとさらに結節のように盛り上がったかたちに見えるものを言っていたのではないかと想像しました。原著を読むことは非常に大事だなといまさら思ったところです。

山本 環状紅斑も、Darierの環状紅斑はほとんどみないですね。

西山 いまはなくなりました。

山本 みんな環状紅斑になってしまって、つかみどころがないですね。

西岡 いまは環状になっていたら全部環状紅斑という表現なのでしょう。

浅井 当時は環状紅斑と環状の紅斑を区別していましたからね。環状紅斑は真皮のやや深いところにリンパ球系細胞の浸潤があって、滲出や表皮の変化は少ない。だからあまりみずみずしくない。環状になる紅斑は環状紅斑以外にもたくさんある。昔はそういう細かい言葉の使い方をしていました。これから先はどんどんそういうことがなくなっていくのではないのでしょうか。

西山 それは臨床をよくみていない教授が増えたということです。(笑)

西岡 私は多形滲出性紅斑と習っていますが、いまはみんな多形紅斑としか言わないですね。どこが多形なんだと言いたいのですが、表現型も少しずつ変わってきているからかもしれないけれども、別の新しい名前が出てきているというかたちになっているのでしょうか。

向井 私も先生と同意見です。最近では多形紅斑という病名が一般化して、報告例をみても現在では多形滲出性紅斑という病名を使わなくなっています。いくつかの教科書をみても同義語として扱われていますが、若い医局員も多形紅斑を当たり前みたいに使っています。

西岡 細胞浸潤があって、その上に滲出があってという、きれいなかたちの病理組織が出てきました。

向井 明らかにこの疾患には初期の臨床像と完

成像では臨床像が変わっていきます。臨床像から考えると、多形紅斑から始まり多形滲出性紅斑の像に変化していきます。時期別に言い換えるのであれば理解できるのですが。

西岡 特別にそうしようというのは、誰も決めたことがないと思います。ただ、言い伝えで多形紅斑のほうがいやすくなったのでしょうか。

西山 大声で叫んだ人の勝ちですよ。それでアメリカで論文になると早いんですよ。

西岡 自分の記憶では京都大学の先生たちが多形紅斑という名称をよく使っていましたね。

西山 それは面白いですね。

西岡 でも当時の教授は今村先生でしたが、今村先生は多形滲出性紅斑の研究をされていた方です。たまたま滲出性をつけるのが面倒臭いから言われただけかもしれません。いろいろ変遷があるのでしょね。

山本 持久性隆起性紅斑を血管炎という人もいるし、そのへんがまだはっきり分けられていないのですが。

西山 これも疾患というよりは、症状と考えたほうがいいのではないのでしょうか。中には血管変化の強いものもありますが壊死性血管炎はありません。昔から臨床的には2型に分かれていましたね。滲出性紅斑型と環状紅斑型の。

一番大事な点を押さえておく必要があるのは、線維芽細胞の増殖、すなわち線維化が極めて初期からおこってくることです。滲出性紅斑型といっても線維素性炎症による滲出性紅斑であって、線維素の出方が非常に変わっています。つまり好中球を主体とした急性炎症と、線維化を主体とする慢性肉芽腫性炎症が同じ部位に同時に出てきます。それであいう特徴的な臨床形を呈してくるのではないかと思います。

ただ、病理変化の解釈をいい加減に広げていくと、滲出性紅斑か、血管炎かという議論がされてくるようになると思います。本当は壊死性血管炎のないものに限定すべきです。壊死性血管炎のフィブリノイド変化は単なるフィブリンの沈着ではない。

だけど全身性の血管変化の強いことはありうるのですね。たとえばリウマチがあって、角膜炎があり、隆起性紅斑ができたという症例の経験がありました。その症例は間質性肺炎で亡くなったのですが、どうもリウマチ性の血管炎ではないかという感じがしました。

いずれにしろ炎症性の疾患、今日の話に出たものはすべて反応性の皮膚病変ですから原因がさまざまで、そのスペクトラムは臨床的にも、病理組織学的にも広いものであるということは認識したほうがいいでしょう。

向井 いまの話は、病理組織をみると血管炎の変化があるから、そういう意見が出たんですか。

山本 血管炎のほうを考える人が多いんです。

西岡 自分の記憶では、血管炎かなという話が出てきたのは1970年代の初めごろだったような気がします。イギリスの方だったかアメリカの方だったか記憶にないのですが、血管炎の像がみつ

かったと言われ、そこから血管炎のほうへ流れていってしまったところがあったような気がします。かなり昔なので忘れていますが、*erythema elevatum diutinum*は滅多にみられるチャンスはないから、イギリスに行って解説してもらったときに、これは血管炎かと思いながらみせてもらった記憶があります。

本日は「紅斑」をテーマにお話を聞かせていただきました。まだまだお話をうかがいたいところですが、時間となりました。今回のお話の内容は、皮膚科医としての考え方の基本につながるものと思います。西山先生、本当にありがとうございます。今日のお話が日常の臨床で生かされるよう努力したいと思いますし、また次の世代に伝えられるようになればすごくいいのではないかと思います。本日はどうもありがとうございます。