



「声」の欄・投稿規定

- ★「声」の欄は読者の皆さんのお考えを、直接誌面に反映させるためのページです。皮膚病の診療に関する日ごろのご意見、新しいアイデア、ご提言などをお気軽に寄せてください。とくに日夜第一線で診療に活躍しておられる先生方からのご投稿を切望します。
- ★「声」の欄には、また皮膚病に関する“質疑応答”を取り上げます。お寄せいただいたご質問は、その方面の権威に依頼して適切な回答を用意し、誌上で発表いたします。とくに回答者を指名されても結構です。
- ★字数は一般のご投稿は1,200字以内、質問は600字以内を原則とします。
- ★ご投稿は郵送のほか、FAX（番号：03-3984-1003）とE-mail（アドレス：hs1979@intage.com）にても受け付けております。
- ★原稿には住所・氏名を明記していただきます。

田舎医の素朴な疑問／ イベルメクチンとアタマジラミ

専門医を自称しておりますが、まだまだ知らないことばかりです。

イベルメクチンは新型コロナウイルス感染症に効く・効かないと話題ですが、アメリカでは疥癬のほかにアタマジラミにも適用があり、普通に投与されていると聞きました。日本ではなぜ、治療は外用薬だけなのでしょう？

石川 博康
(八戸市・湊高台皮膚科)

【コメント】

ご指摘のように、アタマジラミ治療の状況も、やはり海外と日本とでは異なります。例として米国では、処方薬のベンジルアルコールローション、マラチオンローション、スピノサド、リンデンシャンプー、市販薬のペルメトリン製剤、ジメチコン製剤、イベルメクチンローションなどたくさんの選択肢があります。しかし、米国でもイベルメクチン内服は後述のように承認されておりません。

対して日本では、スミスリン[®]シャンプーなどフェノトリン製剤しかありませんでしたが、フェノトリン抵抗性アタマジラミがとくに沖縄で問題となり、2021年8月、抵抗性アタマジラミにも有効なジメチコン製

剤（アース シラミとりローション[®]）が市販薬として発売されました。

イベルメクチンの内服薬はたしかにシラミ症にも有効です。海外データでは、疥癬と同様の用法用量で93%が治癒しており、CDC（米国疾病対策予防センター）のアタマジラミ治療のガイドラインでも有効と記載されています。しかし、FDA（米国食品医薬品局）は内服薬をシラミ治療薬として承認しておらず、日本でもシラミに対する保険適用はありません。そのため、よほどの難治例にのみ内服治療されているのが実情ではないかと推測します。

ちなみにイベルメクチンの外用薬（Sklice[®] ローション）は、FDAより2012年にシラミ駆虫薬として承認され、米国では処方箋なしで購入することができます。高濃度のイベルメクチンが配合されており（1本でストロメクトール[®]錠換算195錠分）、頭部全体に塗布して10分放置し洗い流す処置を1回だけ行います。

なぜ、シラミ治療薬に内服という選択肢がないのか。親としては「内服で治せるならそっちが楽だね」というのが本音でしょうが、医師の立場からすると疥癬とは違って卵も虫も目視でき、感受性のある外用薬を使いつつクシでとってあげれば治せるので、内服薬まで使う必要はない、と個人的には思っています。

山口さやか
(琉球大学医学部皮膚科学講座講師)

本誌2月号「膠原病—皮膚エリテマトーデスを中心に—」を読んで

2月号の臨床例を読んでいくつか気になる点があったので筆をとりました。

①「SLEに合併した片側性肢端紅痛症」について

肢端紅痛症の臨床像は、手掌や足底(そこを超えることも)に境界不明瞭な潮紅がびまん性にみられるものと思っていましたが、提示された症例では手掌に2カ所矢印で示された箇所(小紅斑(皮内結節?))が散在し、同部に限局した圧痛がみられたように記載されています。このような臨床像を呈する肢端紅痛症は過去に報告があるのか、片側性に生じる肢端紅痛症はこれまでどれくらいあるのか、また、肢端紅痛症の患者さんが訴える痛みは、どこというわけではなく全体が痛むのでは?などの疑問が湧いてきました。

生検組織像ではムチンの沈着が真皮下層~皮下の血管周囲性にみられた所見が示されていますが、これについての意義はどう解釈されたのか記載がなく、SLE患者に生じたからムチンの沈着が認められたのか、肢端紅痛症でムチンが陽性になることは特徴的な所見なのか、ムチン沈着が血管の閉塞・狭窄をきたしていたと推測されるのか、などについても、先の臨床像と同様、もう少し詳しく考察していただきたいと感じました。

②「結節性皮膚ループスムチン症を伴った全身性エリテマトーデスの男性例」について

図1の臨床像がとても変わっていると思いました。顔面の右側優位に、頬部紅斑とも形の異なる浸潤を伴う紅斑で、表面には鱗屑がみられ毛孔も開大しているようにみえます。さらに上眼瞼の浮腫も著明です。興味をもって読み進めましたが、考察は、背部のループスムチノーシスについての記載が主で、顔の皮疹をどう考えたのかについては触れられていないのは残念でした。DLEと考えたような記載がわずかにみられましたが、DLEにしては角化もごくわずかで萎縮性の局面ではなく、病変の大きさや境界などからも、DLEとは異なるように思えました。病理組

織全体像(真皮の所見)も提示していただきたいところでしたし、顔からの生検像でムチンの沈着はどうだったのかも知りたいところです。

最後に、どちらの論文にも共通していえることですが、たとえば前者の論文では病理組織像の図aとbが逆ですし、後者では考按の最初に書かれた“an usual papular eruption”となっている箇所は、正しくは“an unusual papular eruption”です。執筆者は、校正の際に自分で責任をもって細部まで確認して欲しいと思いました。

ペンネーム・皮膚エリテマトーデス
勉強会はないの?
(東京)

【コメント】

②「結節性皮膚ループスムチン症を伴った全身性エリテマトーデスの男性例」について

貴重なご意見をありがとうございます。図3(顔面紅斑部の病理組織像)は初診時に施行した皮膚生検の組織で、表皮萎縮、基底層の液状変性、真皮血管・付属器周囲の稠密なリンパ球浸潤などを認め、臨床像と合わせてDLEと判断しました。なお同組織では真皮下の膠原線維束の離開やムチン沈着は明らかではありませんでした(初診時の臨床像と真皮下の病理組織像の写真を記事の都合上、割愛しております。申し訳ありません)。

初診時2週間後の顔面紅斑部の皮膚生検は行っておらずムチン沈着の有無は不明ですが、ご指摘の通りSLE-associated neutrophilic dermatitisの合併等、DLE以外の要因もある皮疹かと思考いたします。臨床経過としてもプレドニゾロン投与開始1カ月ほどで消褪しえた背部のNCLMと比べ、顔面紅斑は1週間ほどで速やかに消褪し、異なる臨床経過をたどりました。

梅村 薫
(西協市立西協病院皮膚科)

本誌1月号「金糸により生じた汎発性環状肉芽腫」を読んで

本誌1月号の上記論文を興味深く読みました。同様の症例を自分では実際に経験したことがないので、とても勉強になりました。独りよがりの意見かもしれませんが、感じたこと、想像したことを以下に書かせていただきます。

①病理組織学的所見に記載されている「変性した膠原線維」は図3cに提示された写真の、おそらく左下(真皮下層)のfocalな部分を指しているものと思われますが、同部位の拡大図3dをみても、膠原線維の変性・類壊死や膠原線維が離解するmucinousな間質はみられず、組織球がそれを取り囲むような所見もみられないように思えます。特染でムチンの沈着は認められたのでしょうか？ 環状肉芽腫とするには物足りないと思いました。

②病理組織が環状肉芽腫の典型的な像ではなく、サルコイド肉芽腫も認めないとなると、foreign body granulomaという考えが出てきます。過去に、金糸(gold thread)を使った鍼治療や、美容目的のfillerの注入によって異物肉芽腫が生じたとする報告もみられ、そういう論文の病理組織像には異物型巨細胞がみられないものもあります。ピアス肉芽腫でも、病理組織像は典型的なサルコイドーシスの肉芽腫とは異なることも多く、そのためcontact granulomaや、pierce granulomaなどという名前で報告されている症例も多いと思います。ただ、自験例では臨床像が硬結ではなく局面で、しかも上肢と下肢とで異なる臨床像を呈しているのが変わっていると感じました。また、ピアス肉芽腫でも、金やパラジウムに対する遅延型アレルギーが証明された報告もあり、この症例でパッチテストも施行していただくとよいかと思いました。

③ピアスやアートメイク(cosmetic tattoo)で、局所に(サルコイド)肉芽腫が誘発されることはよく知られており、sarcoid(-like) reaction,

granulomatous tattoo reactionなどをはじめさまざまな病名で呼ばれます。さらに、局所だけでなく全身性にサルコイドーシスがみつかることもあります。著者らも初診時の鑑別診断にあげていますが、下腿や上腕の臨床写真はサルコイドーシスも十分考えられるものです。病理組織学的にサルコイド肉芽腫はなさそうで、血清ACEも正常値ですが、単純X線やCT像で肺門部リンパ節腫脹はどうだったかも含めて、サルコイドーシスをどの程度否定できたのか知りたいところです。

1月号のテーマは「診断に苦慮した症例」ですので、どの症例もさまざまな角度から詳しく検討されていると思います。自験例もいろいろな観点からの見方・考え方が可能な、示唆に富む症例と感じました。

ペンネーム・金糸は禁止？
(東京)

【コメント】

①自験例ではムチンの確認を目的に Alslan blue 染色等は施行しておりません。環状肉芽腫で観察される典型的な組織球の palisading はみられませんが、小型の変性巣の周囲に組織球が集簇しています(図3d)。また、膠原線維間にわずかな変性組織と組織球が柵状配列を示さずに分布する interstitial type の要素も観察され(図3dの周辺部や未提示の病理組織像)、interstitial type の要素が主体の環状肉芽腫として矛盾のない所見だと考えます。mucinous な間質がみられない点に関しても同様と思われます。

②ご指摘のような foreign body granuloma に近い反応は、金糸の周囲で生じていると考えます。しかし、そこから少し離れた真皮内での変化は、interstitial type を含んだ環状肉芽腫の組織像にもっとも近く、この病変により皮疹の大部分が形成され、その臨床所見も環状肉芽腫がもっとも近いと判断しました。パッチテストについては患者と協議しましたが、残念ながら

ら同意を得られず実施できませんでした。

③本文に記載の通り，サルコイドーシスとの鑑別は主に組織学的所見に基づいて行っており，血清 ACE 値以外の検査は実施していません。以下は私見ですが，真皮病変が主体なサルコイドーシスの場合は，表皮近くに肉芽腫があるためか，あるいは産生するサイ

トカインなどが異なるためか，角化異常を伴うことが多く，環状肉芽腫とは異なる臨床像を呈することが多いように感じます。全体を通じてサルコイドーシスを示唆する所見に乏しく，精査は行いませんでした。

山下 大樹

(獨協医科大学埼玉医療センター皮膚科)