



「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お寄せください。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。

コロナ禍の水いぼ治療

コロナ禍は3年目となるも、いまだ終息のメドが立っていない(2022年8月現在)。

社会はウィズコロナへと徐々にシフトしてきているが、プールや水泳授業の3年ぶりの再開に伴い表面化してきたのが水いぼ問題である。第7波はワクチン未接種の子どもを中心に感染が広がっているため、マスクができないままで泣きわめいて暴れる子どもを数人がかりで押さえつけての水いぼ摘除は、感染リスクを考えれば避けるのが賢明であり、実際「水いぼとりは行っておりません」と表示する施設も珍しくない。

このような状況を鑑みれば、摘除以外の有効な治療法、たとえば西岡清先生が提唱された「スピール膏による水いぼ治療法」¹⁾や新関寛二先生が開発された硝酸銀ペースト法²⁾を再認識すべきではないだろうか。

当院で以前から行っているスピール膏での治療を、昨今は保護者の99%が希望され良好な結果を得ている。痛みを伴わず、処置は自宅で行ってもらうため感染リスクも低くなり、まさにいまの時代にうってつけかと思われる。この逆境は、新しい治療法をチャレンジするのにいい機会なのかもしれない。

〈文献〉

- 1) 西岡 清:皮膚科外用薬の選び方と使い方 改訂第4版, 南江堂, 東京, p97, 2009
- 2) 新関寛二:皮膚病診療 32:1252, 2010

石川 博康
(八戸市・湊高台皮膚科)

【コメント】

ご指摘の通り、コロナ禍のこの3年間で子どもの感染症の動向は多大な影響を受けている。最初の1年目は学校や幼稚園が休校となったり、プール授業やスイミングスクールはすべて中止となったりして、子ども同士の接触が極端に少なくなったために、水いぼだけでなく、とびひも手足口病もこれまでになく減少した。しかし、2年目、3年目の夏を迎えウィズコロナ時代へシフトすると、再び子どもの感染症も一気に復活してきた。加えて一般の小児科や皮膚科では感染防御の立場から、ますます水いぼをとってくださらなくなり、当科のような子ども専門病院へ皆紹介されてくる。保護者は「どこへ行ってもとってくれず、拳句の果てにこんなに増えてしまった、なんとかしてください」と、強いモチベーションをもって当科を受診される。

もうわれわれは慣れっこになっているので、エムラ[®]クリームやペンレス[®]テープを貼って、約1時間待たせて遊んでいてもらってから、1回に100個までは摘除

するようにしている。もちろん泣き叫んで抵抗する子もいるし、健気に我慢する子もいる。2歳以下の子もはマスクもしていない。子どものコロナ感染が増えているので、われわれスタッフもマスク1つではいつ感染してもおかしくないと覚悟はできているのだが、なぜか皮膚科スタッフは誰も一度も感染していない。

混雑する外来の中で、苦労も多く時間もとられる水いぼとり、もっと楽な方法はないかと長年模索してきたものの、やはり一番早く確実に治せるのはトラコーマ鑷子による摘除だと思う。硝酸銀液やペーストを作成して塗ってみたこともあるが、動きが激しい子どもでは硝酸銀が他の部位についてしまって真っ黒になったり、ときには小さな潰瘍となってその痕が残ったりしたこともあり、凝りてやめてしまった。スピール膏も他のクリニックで貼ってきた人で、くっきりと四角いスピール膏の痕がついて色素沈着が残ってしまっているのをみて、貼り方次第では後遺症を残すのではないかと心配になり、当科では真似していない。

1日も早く保険診療のできる水いぼ外用薬が世に出てくることを願うばかりである。ただいま治験中との情報を得て、実際に使えるようになるのを首を長くして待っているところである。

馬場 直子

(神奈川県立こども医療センター皮膚科部長)

「SAPHO症候群」を読んで

本誌7月号「SAPHO症候群」を読んで、率直にどうしてこれがSAPHO症候群なのかと感じました。

本邦ではSAPHO症候群は少なく、国内の皮膚科医だけでなく整形外科・リウマチ医も、以前のSAPHO症候群といういい方に最近は大いぶ慎重になってきました。これまでSAPHO症候群として報告されてきた症例のほとんどは掌蹠膿疱症（PPP）に伴う前胸部関節炎、つまり掌蹠膿疱症性骨関節炎（PAO）にほかならないと整形外科・リウマチ科の先生方がいっているのを、最近皮膚科の学会でもよく耳にします。『日本皮膚科学会雑誌』8月号に掲載されたPPP診療の手引きにも、整形外科からみたSAPHO/PAOの考え方が記載されていますので、参

照していただければと思います。ただし、極めてまれながら本邦にもSAPHO症候群はあると思うので、そういう貴重な症例はSAPHO症候群という病名で報告していただければありがたいです。

また、考察でSAPHO症候群における病巣感染の論文を紹介していますが、これは旭川医科大学耳鼻咽喉科の原淵保明先生の提唱されたPPP/PAOにおける病巣感染（とくに扁桃炎）の果たす役割をそのままSAPHO症候群にあてはめているだけです。従来SAPHO症候群を病巣感染の立場から考えられてきたことはなく、PAOとSAPHO症候群の違いの1つが病巣感染の有無と考えられています。

この症例の経過をみると、病巣感染を契機に皮疹（孤立性膿疱）と関節炎を生じたpustular bacteridの典型例だと思います。Acute generalized pustular bacteridの原著（Tan RSH: Br J Dermatol 91: 209, 1974）ではleukocytoclastic vasculitisがみられると報告されましたが、論文では血管炎の拡大像が示されておらず、しかも白黒写真なのではっきりしません。Acute generalized pustular bacteridは血管炎がみられないほうが多いと思っています。Pustular vasculitisを示す疾患は、IgA血管炎、Behçet病、敗血症性血管炎などいくつかの疾患でみられ、その中にacute pustular bacteridや膿疱型薬疹なども入っていますが、たとえばBehçet病でみられる小膿疱は白血球破砕性血管炎がみられないこともあるし、膿疱型薬疹も同じです。したがって、血管炎がみられないのでacute generalized pustular bacteridではない、とはいえないと思います。血管炎がみられるものをacute generalized pustular bacterid（Tan）といって区別する立場や、広義のacute generalized pustular bacterid（血管炎なし）・狭義のacute generalized pustular bacterid（血管炎あり）とする立場などがあります。ただ現在では、acute generalized pustular bacteridは血管炎の有無にこだわらずに病巣感染を契機に広範囲に膿疱がみられるものを指し、関節症状も伴うことが多いので、PPPとの鑑別を要するという認識が一般的だと思います。もともとPPPがあったのか、手掌足底にみられるのか、膿疱の大きさ、一過性で終わるのかなどの所見から鑑別されますが、acute generalized pustular bacteridとして発症しても、その後手足の病変だけが残るPPPへ移行する症例がある

など、両者の病態はオーバーラップしていることをうかがわせる症例もあります。

もしこの症例を何も意見がないままに見過ごしてしまうと、似たような症例はそれほどまれではないので、自分たちの症例もそれ（SAPHO 症候群）でよいと思ってしまう若い皮膚科医がいるとよくないと感じたので、あえて意見を述べさせていただきました。

ペンネーム：SAPHO という言葉を安易に使う
のはそろそろやめましょう (東京)