序 文

皮膚科の日常診療において，いつも「なぜだろう？」と思う素朴な疑問や「いろいろ言われているけれど，どれが本当？ どこにも書いていないし」といったなかなか結論がみえない積年の議論が数多く存在します．特にそれがありふれた common disease であればあるほど，また皮膚科診療に意欲的に取り組む臨床医であればあるほど，解決したくてもできないモヤモヤ感を払拭できないのは気分が晴れないものです．かと言って誰に聞けばいいのかわからないし，聞いても明快な回答が返って来るとも限りません．本書はそんな皮膚科診療における controversy の数々を専門家たちにエビデンスとエキスパートオピニオンを踏まえて一気に氷解してもらおうという趣旨で企画しました．「ガイドラインの隙間を埋める」をコンセプトに，ガイドラインの項目にはないけれども実際に困る，あるいは遭遇することが多いシチュエーションに対してエキスパートはどのように考え，どのように対処しているのかその秘策を伝授していただこうという趣旨で，common な皮膚疾患に絞り，議論のあるトピックについて背景となるエビデンスや論点・問題点などを中心に詳細に解説していただきました．

たとえば，「薬疹とウイルス疹の鑑別は？」「特発性蕁麻疹はなぜ起こる？」「老人性色素斑が脂漏性角化症になる？」「脂腺増殖症はなぜ加齢してから起こる？」「肝斑のレーザー治療は無意味か？」などなど編集企画に当たった私たちが専門家も実はよくわかっていない無理難題をふっかけて，ゲラでその回答を読むのを楽しみにしていた内容ばかりです．そして，想定通り，胸躍る回答をゲラで読むのは，編集者冥利に尽きるこのうえなく楽しい作業でした．是非読者の皆さんにもこの知的な controversy に参加することで，多忙な臨床の合間に至福のひとときを享受していただきたいと思います．

各 controversy の冒頭には My Answer として簡潔な結論を述べていただき，その後本文では「Controversy をひも解く」「Good reasons for My Answer」という小見出しに分けて謎解きを解説していただきました．スペースの許す限り理解を深化していただくために NOTE による補足説明や参考文献も列挙していただきました．解説はデータに基づくもののみでなく実臨床で有用な私見もちりばめられており，それが逆に臨床への貴重なコツやピットフォールにつながる有用なコメントになっていると思われます．

各項目完結形式なのでどこから読んでいただいても，短い時間であっても一つのトピックを読み切ることが可能です．是非，読者の皆さんには多彩な controversy を読破していただき，臨床の幅と奥行きを拡げることで明日からの診療にいささかでも役立ていただければ編者としてこれに勝る喜びはありません．

2022 年春

宮 地 良 樹
常深祐一郎

Controversy Point 1

ダーモスコピーで足底の色素斑は鑑別できるか？

宇原　久

My Answer

概ね90%以上の症例は鑑別が可能である．さらに，年齢とサイズと部位情報を加えることで診断精度はあがる．

Controversy をひも解く

本邦においてはメラノーマの半数弱と色素細胞母斑の10%が足底に発症する．ダーモスコピーは色素性病変の診断法として発展してきたが，色素性病変が存在する解剖学的部位によって重要なパターン（模様）が異なる．掌蹠はその特徴的な皮野構造により比較的所見が単純であり，良性と悪性の鑑別がしやすい部位といえる．では，どの程度，足底の色素斑の質的鑑別にダーモスコピーは有効なのであろうか？

Good reasons for My Answer

足底の色素斑を裸眼のみで診察したときとダーモスコピーを併用したときの診断精度を比較した研究は見当たらなかった．足底の早期のメラノーマと色素細胞母斑を鑑別するために重要なダーモスコピー所見は，良性を示唆する所見として皮溝優位の色素パターン（parallel

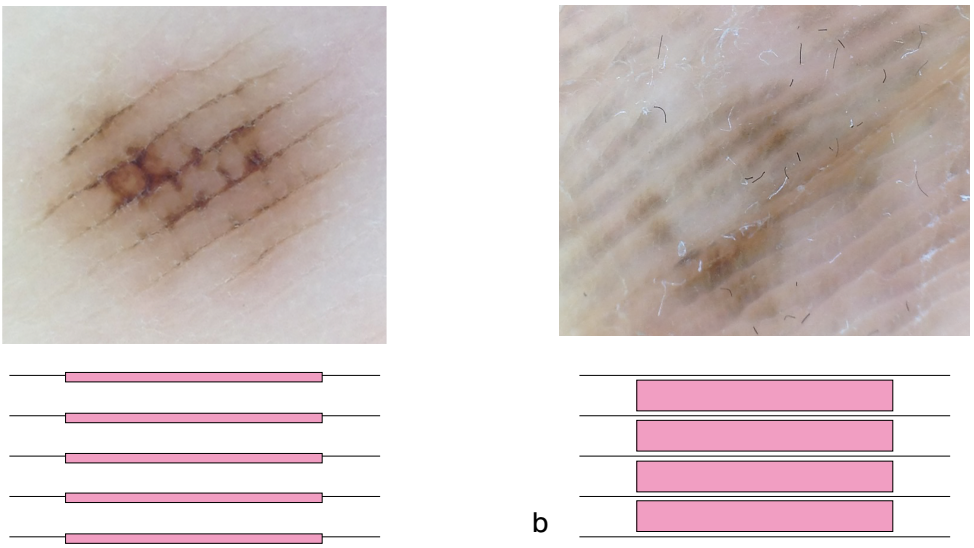


図1 掌蹠の色素性病変のダーモスコピーパターン
a）色素細胞母斑，b）メラノーマ

図2 メラノーマの好発部位
（Minagawa A, et al. N Engl J Med. 2016; 374: 2404-6[2]より改変）

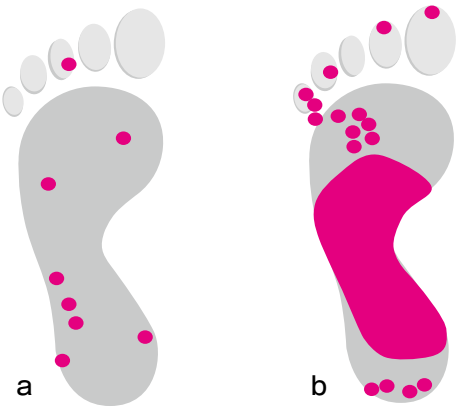


図3 PFPもPRPも示さない色素斑の分布
a）メラノーマ，b）色素細胞母斑
（Mikoshiba Y, et al. JAMA Dermatol. 2019; 155: 578-84[3]より改変）

furrow pattern: PFP）とその亜型〔lattice-like pattern（LLP）や皮溝優位の fibrillar pattern（FP)〕，メラノーマを示唆する皮丘優位の色素パターン（parallel ridge pattern: PRP）である 図1．早期メラノーマにおける PRP の感度は 86%，特異度は 99%と報告されている[1]．PRP を呈する色素細胞母斑もまれに認められることに注意が必要である．また，色素細胞母斑に認められる PFP とその亜型は，基本的には病巣の全体に対称性に認められるという点が重要である．逆に少し進行したメラノーマには多彩なパターンが混在して認められ，PFP を伴うことも少なくない．PFP が 1 カ所でも認められたら良性を示唆するとは決して考えてはならない．

ダーモスコピーはメラノーマと色素細胞母斑の鑑別に有用であるが，患者の年齢とサイズと部位情報を加えることで，さらに診断精度が高まる可能性がある．まず，足底のメラノーマ患者のほとんどは中高年者であり，未成年の発症例は極めてまれである．足底のメラノーマのほとんどは 10 mm 以上で診断されることが多い．7 mm 以上の病変を中心にスクリーニングすることで，ほとんどのメラノーマは早期に診断できる．

色素性病変が足底のどの位置に存在しているかという点も，診断に有効である．Minagawa らによる本邦の足底メラノーマ患者 123 名（平均年齢 73.5 歳）の解析では，ほとんどが踵を中心とした荷重部に集中しており，土踏まず部発症例は数%程度であった 図2[2]．つまり，荷重部の色素斑に特に注意を払うとよいかもしれない．足底の色素性病変の中には定型的なダーモスコピー所見を呈さない症例がある．Mikoshiba らの解析では，足底の 504 病変のうち，明らかな PFP，LLP，FP，PRP を呈さなかった病変は約 20%（110 例: 色素細胞母斑 97，メラノーマ 8，そのほか 5）であった．メラノーマと色素細胞母斑の平均年齢はそれぞれ 65.3 歳，38.0 歳，最大サイズの平均は 11.8 mm，5.7 mm だった．発症部位としては，メラノーマは荷重部，色素細胞母斑は非荷重部に多かった 図3[3]．つまり，年齢と足底における発症部位，サイズが，鑑別上とても有益な情報になることがわかる．

図4 に，斎田により提案された足底に後天性に出現したメラノサイト系病変の対応に関するアルゴリズム（改訂版）を示す．

JCOPY 498-06380

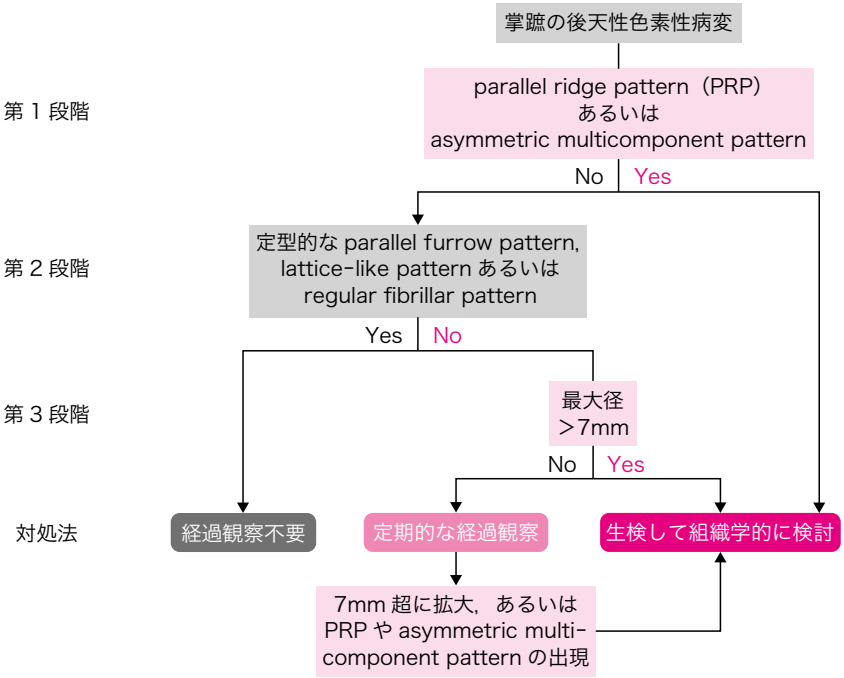


図4 掌蹠の悪性黒色腫検出のための 3 段階アルゴリズム（修正版）
（斎田俊明，他．ダーモスコピーのすべて 改訂第 2 版．南江堂; 2021．p.99[4]より改変）

文献

1）Saida T, Koga H, Uhara H. Key points in dermoscopic differentiation between early acral melanoma and acral nevus. J Dermatol. 2011; 38: 25-34.

2）Minagawa A, Omodaka T, Okuyama R. Melanomas and mechanical stress points on the plantar surface of the foot. N Engl J Med. 2016; 374: 2404-6.

3）Mikoshiba Y, Minagawa A, Koga H, et al. Clinical and histopathologic characteristics of melanocytic lesions on the volar skin without typical dermoscopic patterns. JAMA Dermatol. 2019; 155: 578-84.

4）斎田俊明，宇原 久，古賀弘志．ダーモスコピーのすべて 改訂第 2 版．南江堂; 2021．p.99.

NOTE

蝶形紅斑と紛らわしい顔面紅斑

図4 のように顔面に紅斑を生じる皮膚疾患は極めて多いが，蝶形紅斑かどうかは上記の定義を踏まえれば鑑別可能なことが多い．

① 丹毒（a）

浮腫性紅斑と腫脹を特徴とする急性細菌感染症で熱感・擦過痛・板状硬結などがあり，発熱や悪寒戦慄を伴うこともある．耳かきや鼻いじりなどから感染することが多いので，紅斑は片側優位のことが多い．

② 伝染性紅斑（b）

ヒトパルボウイルス B19 による感染症で，リンゴ病とよばれるように両頬部に突然平手打ち様の紅斑を生じるが，鼻根部に跨がることはない．数日後に上肢などにレース状の紅斑を生じることも診断の参考になる．

③ 酒皶様皮膚炎（c）

顔面の潮紅を伴うびまん性紅斑（いわゆる赤ら顔）で，毛細血管拡張が主体であり，痒みや灼

図4 鑑別すべき顔面紅斑

a）丹毒: 片側優位　　b）伝染性紅斑: 鼻根部にない　　c）酒皶様皮膚炎: 毛細血管拡張主体
d）接触皮膚炎: 接触部のみ，痒み　　e）光線過敏症: ほかの露光部にもみられる　　f）アトピー性皮膚炎: 全顔，漿液性丘疹，痒み

JCOPY 498-06380

しれない．ステロイドテープ剤，保湿剤，ビタミン D3 外用薬による治療が奏効するメカニズムも表皮のサイトカイン産生に保護的に作用することが推測される．

NOTE

①Tips: 片桐式痒疹治療アルゴリズム

日本皮膚科学会のガイドラインとは異なり，筆者が提唱するステップアップ式の痒疹治療アルゴリズムである 図1．十分なステロイド外用，ロラタジン・デスロラタジンを基軸とする抗ヒスタミン薬の組み合わせの有効性（特にオロパタジンとの併用）が特徴であり，副作用が少なく一定の有効性があり，ぜひとも初期に試してほしい．本アルゴリズムを用いて 112 人の多形慢性痒疹患者を治療し，68％は抗ヒスタミン薬の組み合わせで，安定した状態を得ることができた[13]．結節性痒疹では若干有効率は低下するものの，同様の効果が得られる．その後，マクロライド系抗菌薬，シクロスポリン・紫外線治療・生物学的製剤と段階的に治療を進める．苦痛の強い疾患であるため，種々の外用治療も試しながら短期間でステップアップするのが重要である．

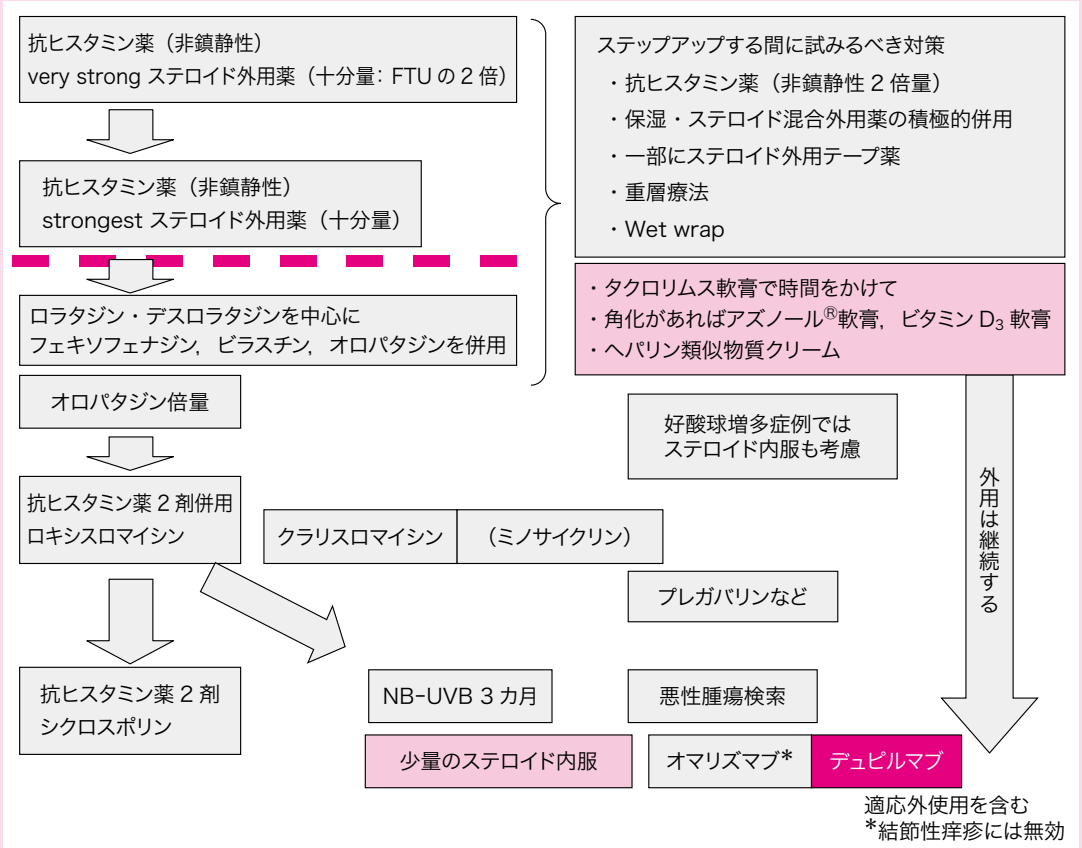
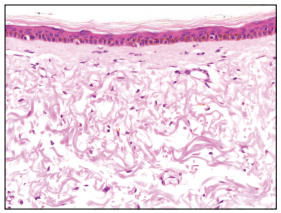
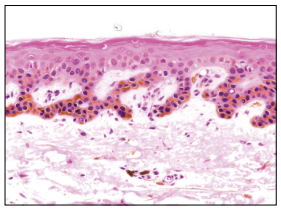


図1 片桐式痒疹・アトピー性皮膚炎治療アルゴリズム（改訂 2020）
筆者が提唱しているステップアップ式痒疹治療アルゴリズムだが，アトピー性皮膚炎の治療にも応用可能である．赤い点線より上は，ステロイド外用薬により治すことが可能な「湿疹」あるいは「痒疹の一部」への治療であり，下は，「痒疹」に有効な治療を段階的に実施するように設計している．
（片桐一元．臨皮．2014; 68: 94-8[13] より改変）

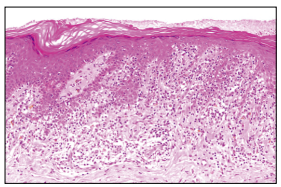
JCOPY 498-06380



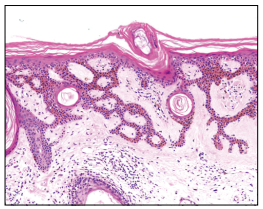
a）萎縮性の皮膚



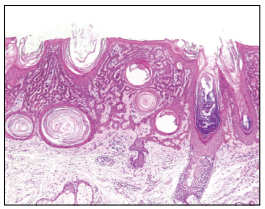
b）老人性色素斑



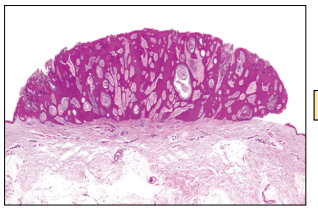
c）自然消退



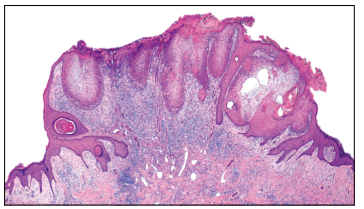
d）腺様型脂漏性角化症



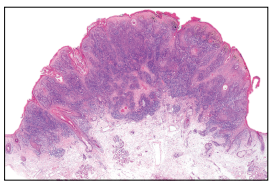
e）網状型脂漏性角化症



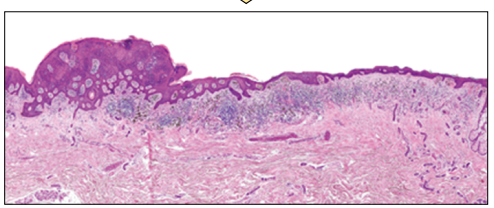
f）通常型脂漏性角化症



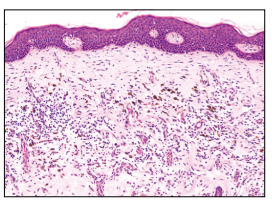
k）悪性転化



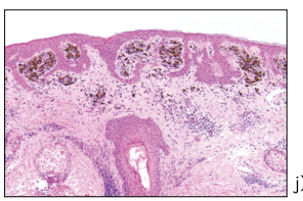
g）炎症細胞の浸潤



h）腫瘍細胞の一部が消退



i）瘢痕



j）色素沈着

図13 たぶんこうだったんじゃないか劇場
～脂漏性角化症の一生～

JCOPY 498-06380