

座長コメント

早川皮膚科形成外科医院院長

早川幸紀

「皮膚症状と自己抗体からみていく膠原病診療」と題して福井大学医学部感覚運動医学講座皮膚科学教授、長谷川稔先生に8月23日に講演をして頂きました。

骨子は、Ⅰ)膠原病診断において自己抗体が最も有用な手掛かりの一つである。Ⅱ)皮膚症状は初発症状として気付かれることが多く、特に血管病変と関連した皮膚症状が早期診断において重要である。Ⅲ)毛細血管顕微鏡やダーマスコピーを用いた爪郭部毛細血管の観察が、強皮症や皮膚筋炎の診療に有用である。

Ⅰ)に関してはSLEではANAが発症2.3年前にSm抗体は0.47年前に出現する。

Ⅱ)については、A)SLEは炎症が主体で、血管炎や血栓症状を示すこともあり、紫外線、寒冷刺激(温度変化)で誘発される。SLICC2012年のSLE分類基準に基づき急性皮膚ループス各皮疹、慢性皮膚ループス、非特異的な皮膚粘膜病変について示し、ANA陰性例はほぼ否定的、抗dsDNA抗体の高titerは確実に活動性と相関、抗Sm抗体は特異性高く重症例に多い。紅斑の皮膚症状は遮光と保温、ヒドロキシクロロキン使用につき言及した。

B)皮膚筋炎(DM)の皮疹は紫外線や物理的刺激によるケブネル現象として炎症(紅斑、丘疹)が生じ血管炎と関連したものもある。各種紅斑と耳介・耳前～側頸部の紅斑はSLEと異なる分布であり、ムチ打ち様紅斑と丘疹(Gottron徴候、指腹の逆Gottron徴候を示し、抗TIF-1抗体陽性例(高齢者は70～80%悪性腫瘍合併)の水疱・糜爛、浮腫性紅斑・紅皮症と抗ARS抗体のメカニックハンド、抗MDA-5抗体の末端、圧迫部の潰瘍・壊疽の特徴的皮膚症状を述べた。C)全身性強皮症(SSc)は自己抗体による血管内皮障害とその修復機転の異常で血管病変、線維化が生じる。通常レイノー現象が初発で、その後四肢末端から線維化が生じる。全身性強皮症分類基準2013(ACR/EULAR)を示し、SScの特異抗体と皮膚硬化の臨床症状の強さは、抗ポリメラーゼⅢ抗体>抗トポイソメラーゼⅠ抗体>抗セントロメア抗体の順である。限局性硬化、広範な硬化、関節の屈曲拘縮を示し末梢血管病変の指趾などの潰瘍・壊疽の安易な切断は禁忌であることを示した。

Ⅲ)について、教授の外国雑誌原著論文に基づきCapillaryscopeでNail Fold Bleedingを含め、①分枝状毛細血管 ②毛細血管消失 ③拡張・巨大毛細血管 ④出血 ⑤毛細血管の配列の乱れについて、経時的にa)early b)active c)lateの各patternについて述べ、毛細血管血流速度をVideoscopeで計測し、SLE、DMとSScを鑑別でき、また治療による変化もDMでは改善し得ることなどの差異がある。日常外来診療・往診でも携帯型のダーマスコピーが非常に有用であると述べた。

膠原病の国際研究に根ざしながら福井県の地域医療への貢献を目指す本県出身の先生の熱意がご講演からひしひしと伝わり、参加者一同深く感銘を受けました。