

表 日本人疱疹状皮膚炎患者 24 例の HLA-DR 抗原頻度

HLA-DR	細線維状		細線維状+顆粒状		顆粒状		全体		コントロール*	
	例数	%	例数	%	例数	%	例数	%	例数	%
DR1	2	18.2	0	0	0	0	2	8.33	14	10.0
DR2(15+16)	4	36.4	0	0	4	36.4	8	33.3	44	31.40
DR3	0	0	0	0	0	0	0	0		
DR4	6	54.5	1	50.0	3	27.3	10	41.7	70	50.0
DR5(11+12)	0	0	0	0	0	0	0	0	25	17.9
DR6(13+14)	2	18.2	1	50.0	3	27.3	6	25.0	29	20.7
DR7	0	0	0	0	0	0	0	0		
DR8	3	27.3	0	0	3	36.4	7	29.2	18	12.9
DR9	2	18.2	2	100.0	3	54.5	10	41.7	38	27.1
DR10	0	0	0	0	0	0	0	0		
総数	11		2		11		24		140	

\* Mizuki ら(1992), \* $p < 0.05$ , 補正  $p > 0.05$ (コントロールとの比較)

欧米では granular type が大半を占めるが、本邦では granular type, fibrillar type はほぼ同数である。グルテン過敏性腸症の合併が、欧米に比べ本邦では頻度が低く、小腸絨毛萎縮を認めた症例は調べた限りで 3 例のみであった。

欧米例では HLA-B8, DR3, DQw2 が高頻度で発現するが、本邦ではこれらの HLA が発現していたという報告例はない。今回われわれは、日本人 DH 患者 24 例の HLA-DR 抗原頻度をまとめた(表)。HLA-DR 抗原は白人において本症との関連が報告されており、調べた限りで HLA-DR 抗原について記載のある国内での報告は自験例を含めて 24 例であった。蛍光抗体染色形式別では、granular type において DR8, DR9 の頻度が健常人コントロールに対してわずかに増加していたが(表の濃灰色部分)、 $p$  値は 5% 以上で有意差はなかった。また 24 例全体では DR5 の減少と DR8 のわずかな増加がみられた(表の赤色部分)。白人で本症との関連が報告されている DR3, DR5, DR7 は見いだされなかった(表の薄灰色部分)。欧米例と本邦例では本症の遺伝学的背景が異なる可能性が示唆された。近年、DH の主な抗原が表皮トランスグルタミナーゼ(epidermal transglutaminase: TGe)であると報告さ

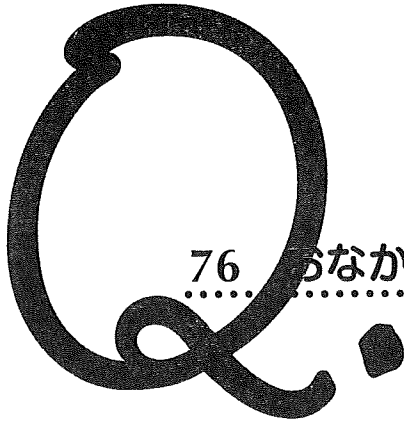
れ、TGe に対する IgA 抗体が DH 患者の血中より検出されている<sup>6,7)</sup>。さらなる症例の蓄積、遺伝子タイピングの報告が待たれ、上述したような欧米と本邦での相違点の解明が期待される。

自験例では初診時に自家感受性皮膚炎を念頭に置いて治療を開始した。鑑別としてヘルペスウイルス感染症が挙げられるが、皮膚生検時の検体ブロックから HSV-DNA, VZV-DNA は検出されず、ヘルペスウイルス感染症の可能性は低いと考えた。DH では視診上、湿疹などと紛らわしいことが多い。綿密な皮疹の観察により、紅斑上に存在する小水疱を見いだすことが DH の診断には重要であると考えられる。

本論文の要旨は第 400 回日本皮膚科学会大阪地方会において報告した。

#### 文 献

- 1) 矢尾板英夫, 他: 皮膚診療 19: 335, 1997
- 2) Chorzelski TP, et al: Int J Dermatol 14: 429, 1975
- 3) Kawana S, Segawa A: Arch Dermatol 129: 456, 1993
- 4) Hall RP 3rd: J Invest Dermatol 99: 873, 1992
- 5) 加藤陽子, 他: 皮膚臨床 44: 1439, 2002
- 6) Sardy M, et al: J Exp Med 195: 747, 2002
- 7) Karpati S: J Derm Sci 34: 83, 2004



## 76. おなかが痒いのですが？

### 回答のポイント

- 1) 妊娠中期～後期には腹部に痒みを伴う発疹が突然出現することがある。
- 2) 胎児には影響はなく、分娩とともに自然軽快する。
- 3) 痒みをコントロールするためにクーリング、炎症を軽減させるために副腎皮質ステロイド薬外用を行う。
- 4) 除外診断としては感染症に伴う多形紅斑、薬疹などがあるので、全身症状のチェック、問診を行う。
- 5) 皮膚疾患だからといって皮膚科専門医のみが治療すべき疾患とは限らず、応急処置が大事である。妊娠と直接関係ない痒みの場合には必要に応じて専門医を紹介する。

### 解説

妊娠中にはさまざまな原因で痒みあるいは痒みを伴う皮疹を生じることが知られている。あるいは通常皮疹に痒みを伴わないが、見逃してはならないいくつかの皮膚疾患が知られている。本稿では妊娠中期以降に好発する疾患を中心に概説する。

#### 1. 妊娠性痒疹(prurigo gestationis)

妊娠3～4カ月、経産婦に多い。全妊婦の2%程度に発症する。突然、四肢に激痒が起こり、夜間増強する。ついで紅暈を伴う小丘疹が生じ体幹にも拡大、掻破によって血痂、痂皮あるいは浅い潰瘍を形成する。発熱などの全身症状は伴わない。癬痕あるいは色素沈着を残して治癒する。検査上異常なく、アトピー性皮膚炎のごとく好酸球増多もみられない。治療は、妊娠という条件があるため、止痒薬の全身投与は慎重にならざるを得ない。原則不可であるがやむを得ない場合には、ポララミン(2 mg)1錠、就寝前または1日3回を用いる。外用療法として、クロタミトン(オイラックス®)軟膏、副腎皮質ステロイド軟膏(リンデロン®軟膏、アンテベート®クリームなど)を単純塗付する。保湿剤が奏効する場合もあり得る(ワセリン、ヒルドイドソフト®軟膏など)。その他保冷剤による患部のクーリングは、外用する前に試すべき処置である。

Nurse は、本症を early type と late type に分類した。前者は従来の妊娠性痒疹であり、後者は出産近く(妊娠後期)に生じ、腹部、しばしば妊娠線上に限局する瘙痒性丘疹や、分娩後に生じる多形紅斑あるいは蕁麻疹様皮疹である。Late type は Lawley らが PUPPP, Holmes らが polymorphic

Key words : 妊娠性痒疹, pruritic urticarial papules and plaques of pregnancy, PUPPP, polymorphic eruption of pregnancy

表 妊娠性痒疹, PUPPP の鑑別のポイント

	妊娠性痒疹	PUPPP
妊娠歴	経産婦	初産婦
発症時期	妊娠中期	妊娠後期
再発性	妊娠ごとに症状の悪化	通常は再発しない
好発部位	四肢に初発	腹部に初発
皮膚症状	痒みについて小丘疹が多発	蕁麻疹様紅斑, 丘疹など多彩
治療	クーリング, ステロイド外用	
予後	全身症状を伴わず, 母子ともに良好	

eruption of pregnancy と記載した概念とほぼ同義である。

## 2. Pruritic urticarial papules and plaques of pregnancy(PUPPP)

PUPPP は妊娠後期の初産婦に発症し, 腹部に初発する痒疹の激しい蕁麻疹様紅斑, 丘疹である。妊娠性痒疹が妊娠の回数を重ねるごとに悪化していくのに対し, 本症では, 次回の妊娠では発症しないことが多い。発症しても症状は軽いが, しばしば妊娠前期, 中期(初回は後期)に生じるので妊娠性痒疹(early type)の好発時期に重なる。発症は240例に1例程度である。

皮疹は腹部, 特に妊娠線に一致して出現する丘疹を混じる蕁麻疹様紅斑が多発・融合していく。顔面, 手掌, 臍周囲, 粘膜には生じない。治療は妊娠性痒疹と同じであるが, 分娩後速やかに自然治癒する。

本症は, 一般に母子ともに予後がよく, 再発は極めて少ない。しかし, 初産婦に多く, 腹部に多彩な皮疹が出現するため, 妊婦に過大な不安を与えがちである。初診医は適切な応急処置と予後説明により, 妊婦に余計な心配をさせないように心がけたい。

## 3. 鑑別疾患と専門医紹介のタイミング

以上, 妊娠中期の代表的な痒みを伴う皮膚疾患を概説した。表にまとめを示す。本文で説明したように両者は類縁疾患であり, 実際には明確に鑑別することは困難である。しかしどちらも予後良好の疾患であり, 周産期医療者が管理を担うケースが多い。必ず除外すべき疾患としては感染症に伴う多形紅斑(発熱, 頭痛などを伴う), 薬疹(薬剤摂取歴を聴取する)のほかに, 稀な疾患としては妊娠性疱疹(激痒を伴う紅斑, 水疱), 疱疹状膿痂疹(発熱, 全身倦怠感を伴う膿疱, 紅斑。通常痒みはない)がある。

妊婦の痒みを伴う皮疹の診療依頼は夜間, 休日のいとまはないが, 皮膚科専門医の診察が緊急を要する場合はむしろ稀である。当日は薬剤摂取歴の聴取と全身症状の確認後, クーリングと保湿に努め, 翌日以降の専門医受診の段取りをつけることが大切である。当直医が皮膚科の専門ではないことを告げるにより妊婦の不安をおおることは避けたいものである。

## 謝 辞

妊婦への薬剤の使い方につきまして貴重なご意見を賜りました国立成育医療センター妊娠と薬情報センター長, 村島温子先生に深謝いたします。

文 献

- 1) 戸田憲一：妊娠性痒疹. 斎田俊明, 他編：今日の皮膚疾患治療指針, 第3版, 医学書院, 東京, p245, 2002
- 2) 松田真弓：妊娠, 婦人科疾患と皮膚病変. 玉置邦彦, 他編：最新皮膚科学大系, 第18巻, 中山書店, 東京, pp31-41, 2003
- 3) 村島温子：妊娠希望者・妊婦に対する薬剤の使い方. Current Therapy 27 : 512-516, 2009

**実際の回答モデル**

妊娠中期～後期にかけては突然痒みを伴う赤い斑点が体のあちこちにできることがあります。初妊婦と経産婦では若干皮膚症状に違いがあることがありますが、胎児への影響はなく、どちらも分娩とともに自然軽快します。その間痒みをしのいでいかなければなりません、患部を冷やしたり、塗り薬を塗って赤みを抑えたりします。掻きくずすと悪化しますのでなるべく避けるようにしてください。

もしどんどん悪化するようであれば、皮膚科専門医の受診も考慮します。現在服用している薬があればお知らせください。また、発熱、全身倦怠感、関節の痛み、口や陰部の粘膜がただれて痛みを伴う、などの症状があればお知らせください。そのような場合には皮膚科受診を早める必要があります。

(国立成育医療センター皮膚科 新関寛徳)

# 天疱瘡診療ガイドライン

新関 寛徳

日本皮膚科学会雑誌 第119巻 第13号 第2789-2792頁(平成21年12月)別刷  
Reprinted from the Japanese Journal of Dermatology  
Vol. 119, No. 13, pp. 2789-2792, December 2009

EL23—1 自己免疫性水疱症

天疱瘡診療ガイドライン

新関 寛徳

天疱瘡は厚生労働省が指定する特定疾患の1つであり、認定基準・重症度基準などが認定申請・更新に用いられてきた。天疱瘡診療ガイドラインは、日本皮膚科学会と厚生労働省難治性皮膚疾患克服研究事業の一環として作成委員会が発足したものである。天疱瘡として取り上げる病態は厚生労働省の特定疾患として定義され、診断と重症度判定基準(表1)は厚生労働省研究班で提唱したものに準じている<sup>1)</sup>。

実際の診療ガイドライン策定にあたり、上記を基盤に、重症度基準として従来まで使用していた基準に加え、国際基準として用いられている PDAI(Pemphigus Disease Area Index) に準じ重症度判定基準 II を導入した。

PDAI について

今回策定した重症度判定基準 IIa (Pemphigus Dis-

ease Area Index, PDAI 完全版) は International Pemphigus Committee が提案した方法であり、日本の作成委員も Committee に参加して勘案された<sup>2)</sup>。特徴としては activity score の range が 0~250 と広く、重症例のスコアの幅を広くとっている。評価項目は皮膚 12 部位、頭皮 1 カ所、粘膜 12 カ所を点数化し、その合計で評価する(表2)。

新旧を比較すると現行の重症度判定基準(表1)で用いた Nikolsky 現象、新生皮疹、抗体価を含んでいない。皮疹の面積は PDAI では熱傷の9の法則ではなく、皮疹(水疱/びらんあるいは新しい紅斑)の個数や大きさで算定する。そのかわり、評価対象のエリアを細分化することと、インデックスが1点、2点、3点、5点、10点というように等間隔になっていないことで重症例での weight を高くしている。

表1 天疱瘡重症度判定基準 I

(各項目に該当する所見のスコアを合計して、判定表に従い算定する)

項目 スコア	皮膚病変部の面積(*a)	Nikolsky 現象	水疱の新生数/日	天疱瘡抗体価		口腔粘膜病変(c*)	
				間接蛍光抗体法	ELISA 法 (インデックス値)		
スコア0	なし	なし	なし	検出されない	正常値内	なし	
スコア1	5%まで	一部にわずか	ときどき(b*)	40倍未満	50未満	5%以上	
スコア2	5~15%程度	陽性	1~4個	40~320倍	50~150	5~30%	
スコア3	15%以上	顕著	5個以上	640倍以上	150以上	30%以上	
該当スコア	( )	( )	( )	( )	( )	( )	合計スコア ( )

5項目の合計スコアより算定

軽症：5点以下

中等症：6~9点

重症：10点以上

a：全体表面積に対する比率(%)

b：毎日ではないが、一週間のうち時折新生水疱の見られるもの。

c：粘膜病変が主病変である尋常性天疱瘡では、重症度分類においてスコアを2倍とする。あるいは、明らかな摂食障害を認めるものはスコアにかかわらず重症と判断する。

国立成育医療センター第2専門診療部皮膚科

著者連絡先：(〒157-8535)東京都世田谷区大蔵2-

10-1 国立成育医療センター第2専門診療部皮膚科

新関 寛徳

表2 天疱瘡重症度判定基準IIa (Pemphigus disease area index ; PDAI 完全版)

1. 皮膚		点数： びらん/水疱または新しい紅斑 0点：なし 1点：1～3個 長径>2cmの皮疹が1個以下 2点：2～3個 2個以上が長径>2cm 3点：4個以上 長径>6cmの皮疹がない 5点：4個以上 または長径>6cmの皮疹が1個以上 10点：4個以上 または長径>16cmの皮疹が1個以上 あるいは領域全体に認める  注* 上皮化した部分や炎症後の色素沈着は含まない	
部位	点数		
耳			
鼻			
顔(鼻・耳を除く)			
頸部			
胸部			
腹部			
背部・臀部			
上肢			
手			
下肢			
足			
陰部			
A			
2. 頭皮		点数： びらん/水疱または新しい紅斑 0点：なし 1点：1/4領域に皮疹が限局 2点：1/2領域に皮疹が限局 3点：3/4領域に皮疹が限局 4点：頭皮全体に認める 10点：少なくとも1個は長径6cm以上	
部位	点数		
頭皮			
B			
3. 粘膜			点数： びらん/水疱 0点：なし 1点：1個 2点：2～3個 5点：4個以上 または長径>2cmが2個以上 10点：領域全体に認める
部位	点数		
眼			
鼻腔			
頬粘膜			
硬口蓋			
軟口蓋			
上歯肉			
下歯肉			
舌			
口腔底			
口唇			
後咽頭			
外陰部			
C			
合計 (A + B + C)			

表3 治療法の種類<sup>注1)</sup>

<p>①ステロイド内服 (プレドニゾロン 1.0mg/kg/日) 二週経過しても治療に対して反応不良例に対して、以下の治療法から一つまたは組み合わせて選択する。</p> <p>②ステロイド内服 (プレドニゾロン 1.0mg/kg/日) + 免疫抑制剤 (アザチオプリン 2mg/kg/日)</p> <p>③ステロイド内服 (プレドニゾロン 1.0mg/kg/日) + 免疫抑制剤 (シクロスポリン 3～5mg/kg/日)</p> <p>④ステロイド内服 (プレドニゾロン 1.0mg/kg/日) + γグロブリン大量静注療法 (大量 IVIG)<sup>注2)</sup> 400mg/kg/日を5日間連続投与する。全般的な免疫抑制を伴わない唯一の治療法である。</p> <p>⑤ステロイド内服 (プレドニゾロン 1.0mg/kg/日) + 血漿交換療法 血漿交換療法が可能である施設では、積極的に導入を考慮すべきであり、ステロイドの減量を速やかに行うことが可能である。また重症例においても即効性のある治療法である。</p> <p>⑥ステロイド内服 (プレドニゾロン 1.0mg/kg/日) + 免疫抑制剤 (ミゾリピン 1～3mg/kg/日)</p> <p>⑦ステロイド内服 (プレドニゾロン 1.0mg/kg/日) + 免疫抑制剤 (ミコフェノレート・モフェチル 40mg/kg/日)<sup>注3)</sup></p> <p>⑧ステロイドパルス療法 (メチルプレドニゾロン 1g/日, 3日間)</p> <p>⑨ステロイド内服 (プレドニゾロン 1.0mg/kg/日) + 免疫抑制剤 (シクロフォスファミド 1mg/kg/日)</p> <p>⑩ステロイド内服 (プレドニゾロン 1.0mg/kg/日) + 抗 CD20 抗体 (リツキサン) 療法<sup>注3)</sup></p>
---

注1): 血漿交換、大量 IVIG 以外の治療は 2009 年現在天疱瘡に対し保険適応されていない。

注2): 大量 IVIG: 大量ガンマグロブリン療法

注3): 海外での有効性が認知されているもの、国内では未承認、保険適応外である薬剤

実際の症例での新旧の重症度判定の相関をグラフにプロットすることで、PDAI のスコアが現行のスコアのどの程度に相当するかが天疱瘡診療ガイドライン作成委員により調査されている<sup>3)</sup>。現行の中等度 (6 から 9 の 5 点) 症例は PDAI では 10 から 25 までの 15 点であった。すなわち PDAI では約 3 倍の幅のスコアが記録されることになり、病勢が見やすくなっている。さらに現行重症度判定がプラトーになっても PDAI では 30 程度である。このように重症例での活動性評価に PDAI はすぐれており、すなわち主に治療初期の活動性の動きを鋭敏に評価できる。さらには治験薬の評価、特に国際的に共通の尺度を用いた評価が可能になると予想される。

一方で PDAI が煩雑であるという批判に対し評価項目を少なくした簡易版 (IIB) を併設している (紙面の関係で省略)。臨床治験などの国際的評価が必要となる場合は IIa (完全版: 表 2) を用いることが望ましい。

#### 治療指針の特徴について

治療指針については、基本姿勢として、初期治療の重要性を強調している。その理由として初期治療が不十分であるとステロイド減量中に再発を認めることがあり、病初期の適切な治療が予後に影響を及ぼすからである。そこで初期治療の重要性をより明確にするため、治療全過程を導入期と維持期の 2 段階に分け、目標と病勢評価が示されている。さらに、より実践的に診療ガイドラインを使用する配慮として、診断から治療までの流れを示す診療アルゴリズムと、診療上の具体的な問題に対する注意事項が加えられている。

治療導入期の定義は、病勢を制御することが可能となりステロイド減量を行えるまでの治療初期である。おおむね 2～4 週、すなわち 1 カ月以内である。この時期に十分に集中的に治療することが寛解期に再燃の機会を減らすと考えている。

初期治療の第 1 選択薬は、中等度以上ではプレドニゾロン内服である。これが無効であれば併用薬として免疫抑制薬や血漿交換、免疫グロブリン療法などを用いる。いずれも評価は 2 週間程度で行い、おもわくなければ治療法のリスト (表 3) より次の選択をして寛解導入までこれを繰り返す。新生があるのに、ステロイドのみを増減して様子を見ることを推奨しない。治療効果判定には重症度判定基準を用い、寛解導入後は ELISA を用いて病勢を判定する。

寛解導入後に再燃があれば、初期治療のサイクルを繰り返す。プレドニゾロン減量のスピードについては紙面の都合で省略するが、治療の目標は、プレドニゾロン 10mg/日 (0.2mg/kg/日) 以下及び/または最小限の補助療法にて臨床的に症状を認めない寛解が少なくとも維持されることを目指す。

#### Clinical Questions (CQ)

天疱瘡については昨年より今年にかけて、推奨度に影響を及ぼす重要な論文が複数発表された。本ガイドラインにも収載されている。

天疱瘡の CQ では主に各々の治療法の有効性に関して、文献のエビデンスレベルを評価し、それをもとに推奨度を決めているが、選択された論文が我が国の実状にあっているかも考慮して最終的には作成委員の意



見で決定されている。

推奨度の根拠となる論文のうちエビデンスレベルが6段階中最高位の論文(レベルI:複数の論文の総合評価した論文)は天疱瘡では今のところ存在しない。次に高いのがランダム化比較試験であり、大量 IVIG 療法などに関する論文がある。

#### 終わりに

「天疱瘡診療ガイドライン」全文は現在投稿準備中であるが、詳細は出版後是非ご覧いただきたい。

謝辞:天疱瘡診療ガイドライン作成委員会の諸先生方に深謝致します。

#### 文 献

- 1) 天疱瘡. 難病センターホームページ. [http://www.nanbyou.or.jp/sikkan/074\\_i.htm#](http://www.nanbyou.or.jp/sikkan/074_i.htm#)
- 2) Rosenbach M, Murrell DF, Bystryn JC, et al: Reliability and convergent validity of two outcome instruments for pemphigus. *J Invest Dermatol* 2009 Apr 9. [Epub ahead of print].
- 3) 天谷 雅 行: PDAI (Pemphigus Disease Area Index) と新しい天疱瘡評価法の検討, 平成 20 年度厚生労働科学研究費補助金(難治性疾患対策研究事業) 分担研究報告書.

## .....(( H. 母斑・良性腫瘍：間葉系 )).....

### 8. 毛細血管拡張性肉芽腫：

teleangiectatic granuloma, pyogenic granuloma

桑原理充

後天的に、外傷や感染が引き金になって出現する、毛細血管の増殖と血管腔の拡張を主体とした腫瘍<sup>1)</sup>。

発育は早いですが、一般的に2～3週で大きさの拡大は止まる。直径5mm～2cmの半球状、あるいは有茎性に隆起した鮮紅色から暗赤色の軟らかい腫瘤を形成し、正常表皮により、絞扼輪様に囲まれる。外傷により容易に出血、潰瘍を形成する(図1)。妊婦に発生頻度が高いことから、エストロゲン高値による血管拡張作用の影響も考えられている。小児の場合は顔面に好発し、成人では手指、四肢、体幹に好発する。急速に出現し、びらんを形成して出血するので、無色素性悪性黒色腫などの悪性腫瘍との鑑別を要する。

#### 治療・予後<sup>2)</sup>

約1.5mm程度、周囲正常皮膚を含めて切除する。切除が不十分であると再発する。小児の場合、外科的切除が簡単に施行しにくいことから凍結療法、電気焼灼などを行うが、再発しやすい。腫瘍が小さい場合、ステロイド軟膏の塗布により、消退する場合

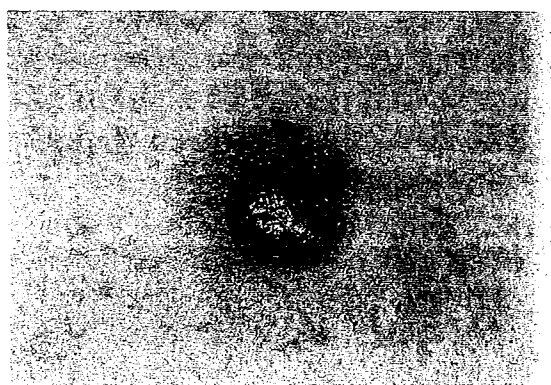


図1：背部に生じた病変

もある。近年イミキモドによる治療も試みられている<sup>3)</sup>。

#### 参考文献

- 1) 土屋喜久夫：現代皮膚科学体系10，中山書店，東京，1980，p48-49
- 2) 米原啓之：24.毛細血管拡張性肉芽腫。形成外科46増刊，S45-46，2003
- 3) Fallah H et al：Pyogenic granuloma in children：treatment with topical imiquimod. Australas J Dermatol 48：217-220，2007

## H. 母斑・良性腫瘍：間葉系

### 9. グロムス腫瘍：

glomus tumor

桑原理充

比較まれな、痛みを伴うことが多い、血管系腫瘍であり、臨床的には単発性、多発性に分けられる<sup>1)</sup>。

単発性グロムス腫瘍は1924年 Massonにより概念が確立された。皮膚末梢の動静脈吻合に認められるglomus neuromyoarterialと名付けられた特殊器官に腫瘍組織像が類似することに由来する。多発性は1950年 Eysterと Montgomeryにより提唱された疾患である。発生原因は未だ明らかではない。

#### 臨床症状

単発性は紫青色(図1)あるいは赤色(図2, 3)、弾性軟の小腫瘤を形成する。20～40歳代の四肢に好発するが、とくに手指の爪下に好発する。激痛を伴うことが多く、時に拍動痛を伴う。圧迫、寒冷などで、痛みが増強することが多い。

多発性はきわめてまれである。多発性は臨床像より局所型と汎発型に分けられる。単発性に比べ、疼痛を欠くものや、あっても軽度であることが多い。

#### 画像診断

小さなものとくに爪下のものは術前診断が困難であるが、近年MRIが有用であると報告されている<sup>2)</sup>。大きくなると、単純X線写真でも骨浸食像を認めることがある。

#### 診断は病理組織像である

鑑別診断としては、血管平滑筋腫、立毛筋性平滑筋腫、エクリンらせん腺腫、神経腫、爪下外骨腫などが挙げられる。

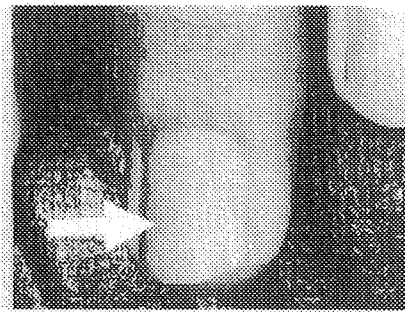


図1：症例1  
径約3mm、境界不明瞭な紫青色病変を爪下に認める(矢印)。

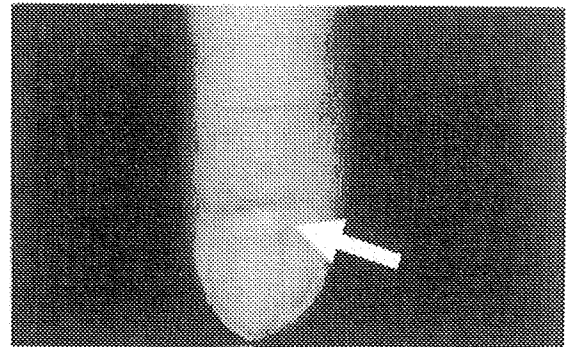


図2：症例2  
径約3mm 淡紅色病変を爪下に認め、軽度の爪変形を認める(矢印)。

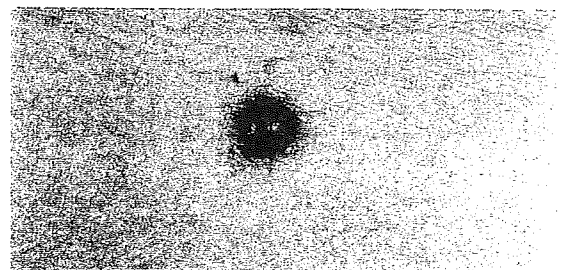


図3：症例3  
大腿部の径約4mmの紅色結節。

**治療<sup>3, 4)</sup>**

爪下の場合、爪全体を除去し、爪床を縦に切開し腫瘍にアプローチする。爪床は薄くなっており、愛護的に操作しながら腫瘍を切除する。腫瘍は被膜を有し境界明瞭なことが多い。小さな腫瘍の場合は爪床を一次縫合するが、大きなものの場合、分層爪床移植を行う。除去した爪を元の位置に戻し、適度に縫合固定し、爪床と爪郭の癒着を予防する。

**参考文献**

- 1) 財満浩之 (玉置邦夫 編): 最新皮膚科学大系 13, 中山書店, 東京, 2002, p181-182
- 2) Koç O, Kivrak AS et al : Subungual glomus tumour : magnetic resonance imaging findings. Australasian Radiol 51 : B107-109, 2007
- 3) McDermott EM, Weiss AP : Glomus tumors. J Hand Surg [Am] 31 : 1397-1400, 2006
- 4) Mathes SJ : Plastic Surgery 2nd ed. Vol. VII, Saunders, Philadelphia, 2006, p171-205

