

硬化性萎縮性苔癬 診断基準・重症度分類 と全国アンケートについて

研究分担者	石川 治	群馬大学大学院医学系研究科皮膚科学 教授
研究分担者	浅野善英	東京大学医学部附属病院皮膚科 准教授
研究分担者	神人正寿	和歌山県立医科大学医学部皮膚科学 教授
研究分担者	竹原和彦	金沢大学医薬保健研究域医学系皮膚分子病態学 教授
研究分担者	長谷川稔	福井大学医学部感覚運動医学講座皮膚科学 教授
研究分担者	藤本 学	大阪大学大学院医学系研究科情報統合医学皮膚科学 教授
研究分担者	牧野貴充	熊本大学病院皮膚科・形成再建科 講師
研究分担者	山本俊幸	福島県立医科大学医学部皮膚科 教授
協力者	佐藤伸一	東京大学医学部附属病院皮膚科 教授
協力者	茂木精一郎	群馬大学大学院医学系研究科皮膚科学 講師
協力者	関口明子	群馬大学大学院医学系研究科皮膚科学 医員
研究代表者	尹 浩信	熊本大学大学院生命科学研究部皮膚病態治療再建学講座 教授

研究要旨

硬化性萎縮性苔癬(Lichen sclerosus et atrophicus: LSA)は、特徴的な臨床所見や病理所見より本疾患が診断されてきたが、確立された診断基準や重症度分類は存在していなかった。そこで、我々は、診断基準と重症度分類を作成した。当科の硬化性萎縮性苔癬患者 12 例を対象に、重症度分類を用いて重症度について検討した結果、重症例(2点以上)は、50% (6/12例)にみられた。次に、LSAの実態を把握するとともに、患者の予後やQOLの改善を目的として、本邦における症例数、診断基準、重症度に関するアンケート調査を行った。アンケート用紙を全国の皮膚科に送付して、回答、返送していただき 229 施設から回答を得た。過去 5 年間に LSA と診断した症例数は、644 症例であった。約 80%の症例で診断基準を満たし、約 8%の症例で重症と診断された。診断基準を知っていても臨床での使用経験はまだ少ないことが分かり、更なる啓蒙活動の必要性が示唆された。「診断基準」と「診療ガイドライン」が「役に立った」と思わなかった施設を対象に、追加のアンケートを行った。その結果、「エビデンスは低いものの試されたことのある治療法についても記載してほしい。」との意見や「臨床症状や病理写真を少し入れると分かりやすい」との意見がみられ、今後の改訂の参考にしたい。

A. 研究目的

硬化性萎縮性苔癬 (Lichen sclerosus et

atrophicus: LSA)は、1887年に Hallopeau によって初めて報告された疾患である。最近では、英文文献においては硬化性苔癬 (lichen sclerosis) という病名が用いられている。

通常は境界明瞭な角化性白色硬化局面で局所の痒みや灼熱感を伴う。外陰部に好発するが、全身のいずれの部位にも発症する。これまで、特徴的な臨床所見や病理所見より本疾患が診断されてきたが、確立された診断基準や重症度分類は存在していない。そこで、まず我々は、硬化性萎縮性苔癬の診断基準と重症度分類の作成(点数化)を行った。次に、群馬大学皮膚科で加療している硬化性萎縮性苔癬患者12例を対象に、新しく作成したガイドラインにおける重症度分類を用いて重症度について検討した。また、我々は、硬化性萎縮性苔癬の実態を把握するとともに、患者の予後やQOLの改善を目的として、本邦における症例数、診断基準、重症度に関するアンケート調査を行った。さらに、「診断基準」と「診療ガイドライン」が「役に立った」と思わなかった施設を対象に、追加のアンケートを行った。

B. 研究方法

これまでに、本邦や海外における本疾患に関する論文、文献 (review や症例報告) を検索し、本疾患の疫学、臨床症状、組織所見などを参考にして本邦における硬化性萎縮性苔癬の重症度分類の点数化を行った。

群馬大学附属病院強皮症外来に通院している12例の硬化性萎縮性苔癬患者を対象として、硬化性萎縮性苔癬の診断基準・重症度分類・診療ガイドラインに準じて重症度を検討

し、その割合について比較検討した。

硬化性萎縮性苔癬の本邦における症例数、診断基準、重症度に関するアンケート用紙を全国の皮膚科(654施設: 専門医主研修施設109施設、一般施設545施設)に送付して、回答、返送していただいた。アンケート用紙の内容を図4に示す。募集期間は平成30年5月から6月とした。統計には χ^2 乗検定と student's T test を用いた。

さらに、「診断基準」と「診療ガイドライン」が「役に立った」と思わなかった施設を対象に、以下の内容の追加のアンケートを行った。

1、「なぜ臨床の現場で役に立った」という評価にいたらなかったか、理由をお聞かせいただけますでしょうか?

2、臨床の現場で役に立つものとするには今後どうしたらいいか、ご意見を伺えれば幸いです。

アンケート用紙を送付して、回答、返送していただいた。

(倫理面への配慮) 本研究は、群馬大学附属病院 IRB にて承認を受けている。臨床データの研究目的での使用については、患者から文書による同意を取得する。ただし、同意取得が困難な場合は、この研究の内容をホームページに掲載し、情報公開を行う。研究に同意されない場合はご連絡いただく。

C. 研究結果

1) 硬化性萎縮性苔癬の「診断基準」と「重症度分類」の作成(図1, 2)

下記の「診断基準」と「重症度分類」を作成した。

「硬化性萎縮性苔癬の診断基準」

1. 境界明瞭な萎縮を伴う白色硬化性局面がある。
2. 病理組織学的に、過角化、表皮の萎縮、液状変性、真皮内の浮腫、リンパ球浸潤、膠原線維の硝子様均質化（透明帯）などの所見がみられる。

上記の1と2を満たせば硬化性萎縮性苔癬と診断。

ただし、以下の疾患を除外する：限局性強皮症、慢性湿疹、尋常性白斑、扁平苔癬

「硬化性萎縮性苔癬の重症度分類」

病変による機能障害あり	2点
皮疹が多発するもの	1点
皮疹が拡大するもの	1点
点数を合計して2点以上は重症	

2) 群馬大学皮膚科における硬化性萎縮性苔癬の重症度について (図3)

硬化性萎縮性苔癬患者 12 例について検討した。重症度分類による重症例(2点以上)は、50% (6/12 例)にみられた (図3)。ガイドラインで作成した診断基準は全ての症例で満たした。その他の臨床的特徴としては、91.7% (11/12 例)の症例は外陰部に発症した。また、8.3% (1/12 例)は外陰部以外 (体幹・四肢) に発症し、多発していた。91.7% (11/12 例)は女性に発症した。

3) 初回の全国アンケートの結果

● 過去5年間の症例数について (図5)

過去5年間にLSAと診断した症例数につい

ては、病院名の記載がある127施設では、合計401症例だった。主施設(41施設)では、261症例であり、1施設の平均症例数は6.4例であった。また、一般施設(86施設)では、140症例であり、1施設の平均症例数は1.6例であった。主施設の方が一般施設より有意にLSAの平均症例数が多かった($P < 0.01$)。また、病院名の記載のない102施設では、243症例であった。全ての施設(229施設)では、合計644症例がLSAとして診断されていた(図5)。

● 診断基準を満たした症例数について (図6)

病院名の記載ある127施設では、76.8% (308/401)で図1の診断基準を満たした。診断基準を満たした症例の割合は、主施設(41施設)では78.5% (261症例中205症例)であった。一般施設(86施設)では、73.6% (140症例中103症例)であり、主施設と一般施設で診断率に差はなかった。病院名の記載ない102施設では、84.8% (243症例中206症例)であった。全ての施設(229施設)では、79.8% (644症例中514症例)であり、LSAと診断した症例のうち、約80%の症例で診断基準を満たしていることが分かった。

● 重症と診断した症例数について (図7)

図2の重症度分類を用いて、重症な症例の割合について検討した。病院名の記載のある127施設では、重症と診断した症例数は、7.7% (401症例中31症例)であった。主施設(41施設)では、9.6% (261症例中25症例)であったが、一般施設(86施設)では、4.3% (140

症例中 6 症例) であり、主施設では一般施設と比べて重症例が多い傾向がみられた (P=0.059)。病院名の記載のない 102 施設では、9.9% (243 症例中 24 症例) であった。全ての施設 (229 施設) では、8.5% (644 症例中 55 症例) であり、LSA と診断した症例のうち、約 8% の症例で重症と診断されることが分かった。

●診断基準について (図 8)

次に、診断基準の認知度、臨床使用について検討した。全施設の 71.9% (164/228) は診断基準を知っていた。主施設の 87.5% (35/40) は診断基準を知っていたが、一般施設では、72.1% (62/86) であり、主施設では一般施設と比べて診断基準の認知度が高い傾向がみられた (P=0.056)。

診断基準を知っている施設の 16.6% (27/163) は臨床の現場で使用していた。診断基準を知っている主施設の 17.1% (6/35) は臨床で使用したことあり、一般施設では、17.7% (11/62) であった。これらの結果より、診断基準を知っていても臨床での使用経験はまだ少ないことが分かった。

診断基準を臨床使用した施設の 41.3% (19/46) では「役に立った」と回答していた。主施設の 33.3% (3/9)、一般施設の 35.3% (6/17) で「役に立った」と回答していた。

●診療ガイドラインについて (図 9)

診断ガイドラインの認知度、臨床使用について検討した。全施設の 54.4% (123/226) は診療ガイドラインを知っていた。主施設では、

74.4% (29/39) が診療ガイドラインを知っていた。一方、一般施設では、55.8% (48/86) であり、主施設では一般施設と比べて診療ガイドラインの認知度が有意に高いことが分かった (P=0.048)。

さらに、診療ガイドラインを知っている施設の 25.2% (31/123) は臨床で使用していた。診療ガイドラインを知っている主施設の 24.1% (7/29)、一般施設の 27.1% (13/48) では臨床で使用していた。これらの結果から、診療ガイドラインを知っていても臨床での使用経験はまだ少ないことが分かった。

診療ガイドラインを臨床使用した施設の 54.8% (17/31) では「役に立った」と回答した。診療ガイドラインを臨床使用した主施設の 85.7% (6/7)、一般施設の 53.8% (7/13) では「役に立った」と回答した。これらの結果より、主施設では一般施設と比べて診療ガイドラインを臨床使用して役に立っている割合が高い傾向がみられた (P=0.154)。

4) 追加の全国アンケートの結果

●「診断基準」についての質問と回答 (図 10)

なぜ、「診断基準」が臨床の現場で役に立ったという評価にいたらなかったか、理由について質問した。その結果、3 施設から回答があり、「外見的な所見が多様で生検しないと結局分からないから。」「表現は簡潔ですが、イメージがつかみにくく、やや抽象的。」「診断基準はシンプルでとても分かりやすいです。」との意見が得られた。

次に、「診断基準」が臨床の現場で役に立つも

のとするには今後どうしたらいいか、ご意見を伺った。その結果、3施設から回答があり、「どのような場合に皮膚生検するか明記する。」「Extragenital LS の場合、他の疾患、特に morphea, scar との鑑別が異なる意見が出てまともにくく、診断は Expert opinion に頼らざるを得ないことが多いです。「硝子様均質化」の特徴を記載して頂けますと助かります。」

「好発年齢（高齢者に多い）、性別（女性に多い）、好発部位など具体的な記載を入れたほうが良いと思います。」とのご意見が得られた。

●「診療ガイドライン」についての質問と回答（図11）

なぜ、「診療ガイドライン」が臨床の現場で役に立ったという評価にいたらなかったか、理由について質問した。その結果、2施設から回答があり、「新しい治療法の内容がないから」「女性の高齢者の外陰に生じた場合は、ガイドラインなしでも診断可能であること。」とのご意見が得られた。

次に、「診療ガイドライン」が臨床の現場で役に立つものとするには今後どうしたらいいか、ご意見を伺った。その結果、2施設から回答があり、「エビデンスは低いものの試されたことのある治療法についても述べる。」「臨床症状や病理写真を少し入れると分かりやすい。」とのご意見が得られた。

D. 考案

疫学・病因

女性に多く見られ、男女比は 1:6 から 1:10 との報告がある。好発年齢は、男性は 30~40

歳代の青壮年期、女性は、中高年、特に 50~60 歳代に好発する。陰部外病変は若年者に多い。

病因は不明であるが、自己免疫性疾患（自己免疫性甲状腺疾患など）や細胞外マトリックス蛋白（extracellular matrix protein 1: ECM1）に対する自己抗体などの関与も指摘されている。男性の外陰部の病変では、外傷と自己免疫疾患の既往が危険因子としてあげられている。また、HLADQ7 との関与も報告されている。閉経後に好発することよりエストロゲンの関与も疑われているが、ホルモン補充療法では改善がみられていない。その他、機械的刺激やウイルス感染なども考えられている。

診断基準について

臨床症状については、これまでに様々な報告があるが、その多くは境界明瞭な硬化局面で局所の痒みや灼熱感を伴うとされている。病初期はいわゆる「陶器様」と称される白色斑ないし角化性白色丘疹から始まり、次第に融合して光沢を有する角化性白色硬化性局面に至るのが典型的である。また、斑状出血、紅斑、紫斑、びらん、水疱を伴うこともある。晩期では萎縮し、軽度陥凹することもある。病変部が萎縮すると、陰核、小陰唇の消失、肛門、膣口の狭小化をきたす。

男性の外陰部では、亀頭部および亀頭包皮に白色浸潤性病変を生じ、徐々に白色硬化性局面となり陰茎萎縮症を呈する。尿道口に達すると尿道の狭窄や閉塞といった排尿障害を伴うこともある。陰茎包皮に全周性に病変が見られ、皮膚硬化によって包茎の状態となり、

性生活に支障を来すこともある。

発生部位について本邦報告例をまとめた報告によると、外陰部が 42.9%と最も多く、次に体幹が 26.7%、顔面、頭頸部が 18.7%、四肢が 10.1%であったが、体のいずれの部位にも発症する。外陰外病変の多くは自覚症状を欠く。

以上より、境界明瞭な萎縮を伴う白色硬化性局面があることを基準にした。

病理組織学的所見では、表皮では、過角化、表皮の萎縮がみられる。毛孔性角栓がみられることもある。表皮・真皮境界部では、液状変性がみられる。表皮下水疱がみられることもある。真皮上層では著明な浮腫、リンパ球浸潤、膠原線維の均質化がみられる。浮腫の範囲や細胞浸潤の部位は病期によって異なり、初期病変では、真皮内にリンパ球浸潤が目立ち、晩期病変ではリンパ球浸潤は少なくなり、浮腫や線維化（膠原線維の膨化、増生）が目立つようになる。

また、鑑別診断として類似した臨床症状を呈する疾患を除外できることとした。外陰部以外に生じる硬化性萎縮性苔癬は限局性強皮症、特に斑状限局性強皮症（モルフェア）との鑑別が問題になる。臨床的鑑別は困難であるが、病理組織学的には、限局性強皮症では表皮突起は保たれており、液状変性や真皮乳頭層の均質化はみられないといった所見より鑑別可能である。

また、扁平苔癬も鑑別疾患として挙げられる。多角形の扁平隆起性局面でケブネル現象がみられる。病理組織学的所見では、表皮の不規則な肥厚と真皮上層の帯状のリンパ球浸潤が見られるが、膠原線維の均質化はみられ

ない。

また、外陰部発症の硬化性萎縮性苔癬は悪性化することが知られている。有棘細胞癌は 3~21%に発生すると報告されている。よって、定期的な経過観察が必要である。

重症度分類について

病変による難治性の瘙痒や疼痛、排尿障害、性交痛、排便痛のほか、進行すると陰唇の癒着や膣口狭窄をきたす。また、関節部に病変が生じた場合は関節の拘縮を伴うことも考えられる。陰茎包皮に全周性病変を生じた場合、包茎の状態となり、性生活に支障がみられる。これらの病変による機能障害は患者の QOL の低下につながる。以上のことより、病変による機能障害を伴う症例を 2 点として、重症と分類した。

さらに、皮疹が多発する場合や拡大傾向を有する場合も重症化する傾向が高く、それぞれ 1 点とした。これらの点数の合計が 2 点以上を重症とした。

群馬大学皮膚科における硬化性萎縮性苔癬の重症度について

硬化性萎縮性苔癬の 12 例と少数ではあるが、重症度分類による重症例（2 点以上）は、50%（6/12 例）にみられた。スコアは 2 点が 3 例、3 点が 3 例であった。多発している症例は 1 例のみであり、外陰部以外（体幹・四肢）に発症した症例であった。ほとんどの症例は女性の外陰部に発症した。機能障害を呈した症例は 5 例あり、排尿障害を呈した症例が 2 例、疼痛による機能障害が 3 例みられた。

初回の全国アンケートについて

今回のアンケートの結果から、過去 5 年間に LSA と診断した症例数は、644 症例であることが分かり、本邦における症例数の参考になると考えられる。また、主施設のほうが、一般施設と比べて症例数が多いことも判明した。LSA と診断した症例のうち、約 80% の症例で診断基準を満たしていた（診断基準の感度）。また、主施設と一般施設で診断率に差はなかった。

さらに、新たに作成された重症度分類を用いた結果、LSA と診断した症例のうち、約 8% の症例で重症と診断された。また、主施設では一般施設と比べて重症例が多い傾向がみられた(P=0.059)。

診断基準と診断ガイドラインの認知度や「臨床での使用については、全施設の診断基準の認知率は 71.9% (164/228) であった。診療ガイドラインの認知率は 71.9% (164/228) であった。主施設では一般施設と比べて診断基準と診療ガイドラインの認知度が高い結果となった。また、主施設では、診療ガイドラインが役に立っている割合が高かった。しかし、診断基準を知っていても臨床での使用経験はまだ少ないことが明らかになり、学会発表や雑誌の報告などによる、今後の更なる啓蒙運動の必要性が示唆された。

追加の全国アンケートについて

今回のアンケートの結果から、「診断基準」が臨床の現場で役に立ったという評価にいたらなかった理由として、「外見的な所見が多様

で生検しないと結局分からないから。」との意見があったが、「診断基準」には病理学的所見について説明があるため、生検したのちに「診断基準」が役に立つと思われた。また、「表現は簡潔ですが、イメージがつかみにくく、やや抽象的。」との意見がある一方で、「診断基準はシンプルでとても分かりやすいです。」との意見も得られた。写真などの画像をいれることでイメージが得られやすくなると思われ、今後検討していきたい。

また、「診断基準」が臨床の現場で役に立つものとするには今後どうしたらいいか、ご意見を伺ったところ、「どのような場合に皮膚生検するか明記する。」との意見がみられたが、「診断ガイドライン」の中に「CQ3、診断に皮膚生検は有用か？」との項目があり、こちらには、「悪性腫瘍やその合併症が疑われる場合、他の疾患との鑑別が困難な場合は皮膚生検の施行を推奨する。」と明記してあり、こちらを参照していただくことが望ましいと思われた。また、「Extragenital LS の場合、他の疾患、特に morphea, scar との鑑別が異なる意見が出てまとまりにくく、診断は Expert opinion に頼らざるを得ないことが多いです。「硝子様均質化」の特徴を記載して頂けますと助かります。」との意見についても、「診断ガイドライン」の中の「CQ3、診断に皮膚生検は有用か？」との項目に、「真皮は、帯状にヒアリン化しており、同部は無構造で浮腫性である。同部に血管拡張や血管外への赤血球の漏出がみられる。ヒアリン化部位の下に帯状の細胞浸潤がみられることがあるが、時間とともにまばらになったり部分的になる。」と詳しく説明がある。

「好発年齢（高齢者に多い）、性別（女性に多い）、好発部位など具体的な記載を入れたほうが良いと思います。」とのご意見についても、「診断ガイドライン」の中の「CQ2、診断にどのような臨床所見が有用か？」という項目の中に、好発年齢や性別、部位について詳しく記載があるため、「診断基準」を使用する際に「診療ガイドライン」を参照していただくことで、さらに臨床に役立つものになると思われる。

次に、「診療ガイドライン」が臨床の現場で役に立ったという評価にいたらなかった理由として、「新しい治療法の内容がないから」、そして、改善のためには「エビデンスは低いものの試されたことのある治療法についても述べる。」とのご意見が得られたため、今後も新しい治療法について記載していきたい。また、「臨床症状や病理写真を少し入れると分かりやすい。」とのご意見をいただいたため、今後の診療ガイドラインには、分かりやすい臨床症状や病理写真を追加していきたい。

E. 結 論

硬化性萎縮性苔癬の診断基準と重症度分類を作成し、当科における硬化性萎縮性苔癬の重症度について検討した。今後、多施設の結果を比較検討し、本邦における疾患の正確な重症度を明らかにすることが必要と考えられた。

次に、本邦における硬化性萎縮性苔癬の症例数、診断基準を満たす割合、重症例の割合、そして診断基準と診療ガイドラインの認知度について検討した。さらに、「診断基準」と「診

療ガイドライン」が臨床の現場で役に立つためのご意見をアンケートした。「診断基準」と「診療ガイドライン」の両方を活用していただくことで臨床の現場でより役立つと思われる。また、今後の「診断基準」と「診療ガイドライン」には、分かりやすい臨床症状や病理写真の追加も検討する必要性が示唆された。いまだ、認知度が未だ少ないことから、今後、更なる啓蒙運動の必要性が示唆された。

G. 研究発表

1. 論文発表

関口明子、茂木精一郎、石川 治
外陰部硬化性萎縮性苔癬の3例
皮膚科の臨床 2016; 58(12): 1861-4

2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

図 1：硬化性萎縮性苔癬の診断基準

「重症度分類」

- 病変による機能障害あり 2点
- 皮疹が多発するもの 1点
- 皮疹が拡大するもの 1点

点数を合計して2点以上は重症

図 2：硬化性萎縮性苔癬の重症度分類

「重症度分類」

- 病変による機能障害あり 2点
- 皮疹が多発するもの 1点
- 皮疹が拡大するもの 1点

点数を合計して2点以上は重症

図 3 :

群馬大学皮膚科における硬化性萎縮性苔癬12例のまとめ

年齢	性別	部位	診断基準	重症度分類 (2点以上は重症)				治療
				機能障害 (あり 2)	多発 (あり 1)	拡大 (あり1)	合計	
61	F	外陰部	満たす	0	0	0	0	ステロイド外用
62	F	外陰部	満たす	0	0	0	0	ステロイド外用
59	F	外陰部	満たす	0	0	0	0	ステロイド外用
62	F	外陰部	満たす	2 (疼痛のため)	0	1	3	ステロイド外用
68	F	外陰部	満たす	0	0	0	0	プロトピック外用
81	F	外陰部	満たす	2 (排尿障害)	0	1	3	切除(結節あり、生検にてSCC)
29	M	陰茎	満たす	2 (排尿障害)	0	0	2	切除
76	F	外陰部	満たす	2 (疼痛のため)	0	0	2	ヒルドイド、アズノール、プロベト
53	F	外陰部	満たす	0	0	0	0	ステロイド外用
69	F	外陰部	満たす	0	0	0	0	プロトピック外用
64	F	躯幹、四肢	満たす	0	1	1	2	NB-UVB、ステロイド外用
67	F	外陰部	満たす	2 (疼痛のため)	0	1	3	切除(結節あり、生検にてSCC)

図 4 :

硬化性萎縮性苔癬 アンケート

●数字を記入ください。

・過去5年間に貴院で本症と診断した症例数 ()

そのうち、

・厚生省診断基準(表1)を満たした症例数 ()

・厚生省診断基準(表1)を満たし、重症度分類で重症と診断された症例数 ()

●最も近い回答をお答えください。

・診断基準を ()

- a, 知らない
- b, 知っている
- c, 臨床の現場で使用したことがある
- d, 臨床の現場で役に立った

・診療ガイドラインを ()

- a, 知らない
- b, 知っている
- c, 臨床の現場で使用したことがある
- d, 臨床の現場で役に立った

図 5 :

質問 過去5年間に貴院で本症と診断した症例数は？

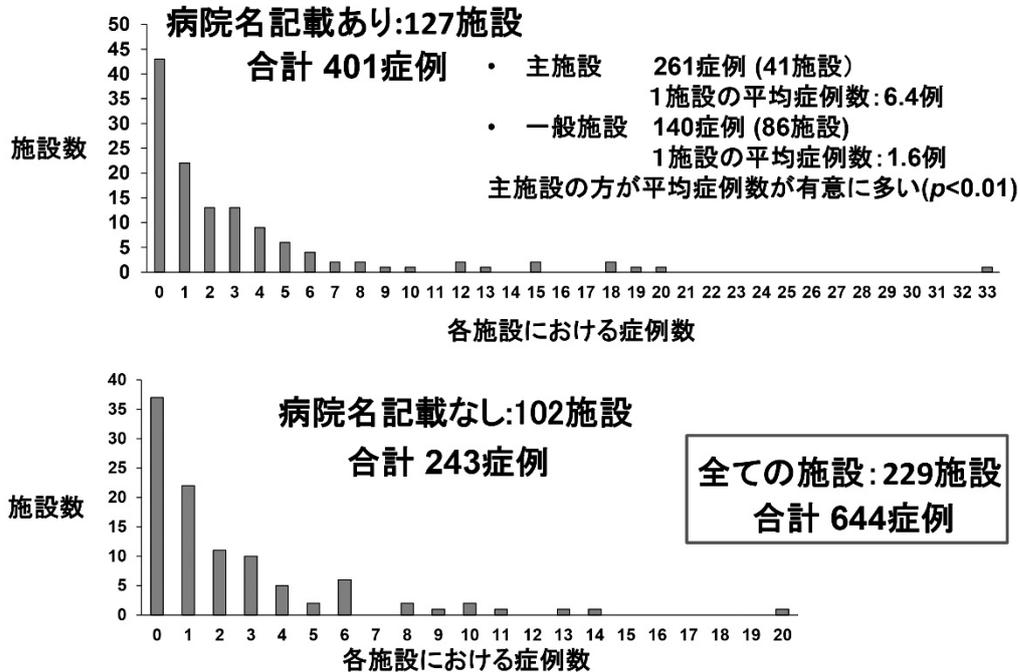


図 6 :

質問 過去5年間に貴院で本症と診断した症例数のうち、厚労省基準を満たした症例数は？

➤ 病院名記載あり:127施設

308症例(401症例中):76.8%(308/401)

- 主施設(41施設) 205症例(261症例中):78.5%
 - 一般施設(86施設) 103症例(140症例中):73.6%
- } $P=0.261$

➤ 病院名記載なし:102施設

206症例(243症例中):84.8%(206/243)

➤ 全ての施設:229施設

514症例(644症例中):79.8%(514/644)

LSAと診断した症例のうち、約80%の症例で診断基準を満たした(感度)。また、主施設と一般施設で診断率に差はなかった。

図 7 :

質問 過去5年間に貴院で本症と診断した症例数のうち、
重症と診断された症例数は？

➤ 病院名記載あり : 127施設

31症例(401症例中) : 7.7% (31/401)

- 主施設(41施設) 25症例(261症例中) : 9.6%
 - 一般施設(86施設) 6症例(140症例中) : 4.3%
- } P=0.059

➤ 病院名記載なし : 102施設

24症例(243症例中) : 9.9% (24/243)

➤ 全ての施設 : 229施設

55症例(644症例中) : 8.5% (55/644)

LSAと診断した症例のうち、約8%の症例で重症と診断された。
また、主施設では一般施設と比べて重症例が多い傾向がみられた。

図 8 :

診断基準についての質問

●診断基準を ()	施設名記名あり		記名なし	合計
	主施設	一般施設		
a, 知らない	5	24	35	64
b, 知っている	26	45	46	117
c, 臨床の現場で使用したことがある	6	11	10	27
d, 臨床の現場で役に立った	3	6	10	19
回答なし	1	0	1	2

➤ 全施設の71.9%(164/228)は診断基準を知っていた。

- 主施設の87.5%(35/40)は診断基準を知っていた。
 - 一般施設の72.1%(62/86)は診断基準を知っていた。
- } P=0.056

主施設では一般施設と比べて診断基準の認知度が高い傾向がみられた。

➤ 診断基準を知っている施設の16.6%(27/163)は臨床の現場で使用したことがある。

- 診断基準を知っている主施設の17.1%(6/35)は臨床で使用したことあり。
- 診断基準を知っている一般施設の17.7%(11/62)は臨床で使用したことあり。

診断基準を知っていても臨床での使用経験はまだ少ないことが分かった。

図 9 :

診療ガイドラインについての質問

● 診療ガイドラインを ()	施設名記名あり		記名なし	合計
	主施設	一般施設		
a, 知らない	10	38	55	103
b, 知っている	22	35	35	92
c, 臨床の現場で使用したことがある	1	6	7	14
d, 臨床の現場で役に立った	6	7	4	17
回答なし	2	0	1	3

- 全施設の54.4%(123/226)は診療ガイドラインを知っていた。
- 主施設の74.4%(29/39)は診療ガイドラインを知っていた。
 - 一般施設の55.8%(48/86)は診療ガイドラインを知っていた。
- } P=0.048

主施設では一般施設と比べて診療ガイドラインの認知度が有意に高い。

- 診療ガイドラインを知っている施設の25.2%(31/123)は臨床で使用したことがある。
- 診療ガイドラインを知っている主施設の24.1%(7/29)は臨床で使用したことあり。
 - 診療ガイドラインを知っている一般施設の27.1%(13/48)は臨床で使用したことあり。

診療ガイドラインを知っていても臨床での使用経験はまだ少ないことが分かった。

図 10 :

「診断基準」についての質問

1、「なぜ臨床の現場で役に立った」という評価にいたらなかったか、理由をお聞かせいただけますでしょうか？

- 外見的な所見が多様で生検しないと結局分からないから。
- 表現は簡潔ですが、イメージがつかみにくく、やや抽象的。
- 診断基準はシンプルでとても分かりやすいです。(前回回答者と異なります)

2、臨床の現場で役に立つものとするには今後どうしたらいいか、ご意見を伺えれば幸いです。

- どのような場合に皮膚生検するか明記する。
- Extragenital LSの場合、他の疾患、特にmorphea, scarとの鑑別が異なる意見が出てまとまりにくく、診断はExpert opinionに頼らざるを得ないことが多いです。「硝子様均質化」の特徴を記載して頂けると助かります。
- 好発年齢(高齢者に多い)、性別(女性に多い)、好発部位など具体的な記載を入れたほうが良いと思います。

図 11 :

「診療ガイドライン」についての質問

1、「なぜ臨床の現場で役に立った」という評価にいたらなかったか、理由をお聞かせいただけますでしょうか？

- 新しい治療法の内容がないから
- 女性の高齢者の外陰に生じた場合は、ガイドラインなしでも診断可能であること。

2、臨床の現場で役に立つものとするには今後どうしたらいいか、ご意見を伺えれば幸いです。

- エビデンスは低いものの試されたことのある治療法についても述べる。
- 臨床症状や病理写真を少し入れると分かりやすい。