遠心性環状紅斑

慶應義塾大学皮膚科講師
谷　川　瑛　子
（聞き手　池田志孝）

遠心性環状紅斑についてご教示ください。

82歳女性で、約３年前に下咽頭がんの根治術を施行され、その後経過観察で再発はないといわれています。約20年前に両前腕に環状紅斑が出現し、そのときは湿疹と診断され外用薬を処方され、10日間使用したが奏効を認めませんでした。最近、皮膚科医を紹介したところ、上記疾患と診断されました。がんの再発と関係のあるものなのかも含め、ご教示ください。

＜大阪府開業医＞

池田　谷川先生、ちょっと聞き慣れない病名、遠心性環状紅斑についての質問です。約20年前に両前腕に環状紅斑が出現した82歳女性、３年前に下咽頭がんの治療をしているが、現在は再発がないということです。20年前に湿疹と診断されて、10日間外用薬を使ったけれども効かなかったということで、がんの関係もあったのでしょうか。最近皮膚科を受診したら、遠心性環状紅斑と言われたということです。まず環状紅斑とはどんな疾患なのでしょうか。

谷川　環状紅斑とは診断名ではなくて、いわゆる症状名、つまり環状を呈する赤いものがあれば、皮膚症状を含めて環状紅斑といわれています。大きく分けますと、環状紅斑の中には環状の紅斑がメインの疾患と、その次に病気そのものが環状の発疹を出す疾患、あとは環状を呈する疾患の、３つに分けられます。一番大事なのは、通常見えている、赤く出ている、遠心性環状紅斑は環状病変が主体となる病変のグループの中に入ってくると思います。

池田　遠心性という意味は、最初に小さな紅斑ができて、それが広がっていく。そして、中心は一見正常に見える。そういう理解でしょうか。

谷川　基本は小さい、例えば小豆ぐらいの大きさの赤いものが、ゆっくり

と広がって、真ん中は正常色、またはちょっと色がついている場合があります。そういうものを含めて言っています。

池田　けっこう動きのあるものも含まれるのですね。

谷川　比較的速いものと、ゆっくりのもの。あとは、出たり、引っ込んだりするのも一つの特徴であると思います。

池田　幾つもの疾患の集合体みたいなものということですけれども、どのような疾患が隠れているのでしょうか。

谷川　比較的環状を呈する病変ということでまとめて申し上げますけれども、一つは原因が調べてもわからないグループ、あとは悪性腫瘍を伴うグループ、それから膠原病、例えばSLEとかシェーグレン症候群、あるいは子どもに出てくる新生児エリテマトーデス、こういうときにも環状の紅斑が出てきます。あと、遺伝性の疾患で出てくることもありますし、ほかにはリウマチ性の疾患でちょっと出てくる場合や、ダニに刺されたあとに環状の紅斑が出現してくることもあります。

それ以外、日常診療の中で特に気をつけなくてはいけないのは、例えば体部白癬、いわゆるカビです。これも環状になることがあって、ほかの病気と間違えやすいです。

池田　たくさんありますね。代表的なものを紹介いただければと思います。

谷川　一番多く見られるのが、今回質問のあった遠心性環状紅斑だと思うのですけれども、これは先ほどお話しした、小さい紅斑から始まって広がっていくかたちになると思います。こういう症状を見たときに、環状紅斑で済ませないで、血液検査、あとその裏に隠れている病気、何かほかの病気があるかどうかを調べていくことが一番大切になると思います。

検査の方法には、例えば血液検査、あるいは内臓悪性腫瘍も含まれますけれども、一番診断の確定に役に立つのは皮膚生検です。ですから、環状紅斑を繰り返す患者さんを見た場合は、皮膚科専門医にみていただいて、皮膚の生検を１回行うと、診断にかなり役立つと思います。

池田　専門医を受診して診断、それと生検を受けるということですね。いわゆる遠心性環状紅斑はかゆみを伴うものなのでしょうか。

谷川　環状紅斑の中には多少かゆいものも含まれますけれども、一般的にはあまり強いかゆみ、例えばかゆくて眠れないというものはそれほど多くないと思います。多少かゆみを訴える方もいらっしゃいますが。

池田　気になるのが悪性腫瘍に伴う環状紅斑ですけれども、これはどのような特徴があるのでしょうか。

谷川　悪性腫瘍に伴うもので非常に特徴的な発疹を出してくるものの中に

は、いわゆる匍行性迂回状紅斑というもの、これは非常に特徴があります。よく言われるのは、木の年輪、もしくは縞模様のように輪をつくって、何重にもなって出てくるものがあって、比較的これはかゆいです。ゆっくり広がるという記載もありますけれども、比較的速いと書いているものもあります。これはほぼ100％、内臓の悪性腫瘍を合併するといわれていますので、こういう発疹を見たときは速やかに内臓のチェックを行うことが望ましいと思います。

池田　木の年輪、縞々に見えるのは、一つできたものが拡大しつつ、また中心から続けてどんどん出てくるために、さざ波状になっていくという理解なのでしょうか。

谷川　それでよいと思います。

池田　ということは、通常の遠心性環状紅斑では、１個できて広がっていって、中が治るために、そういう木の年輪様にはならないのですね。

谷川　通常はならないと理解していただいてけっこうです。

池田　ちょっと複雑な、特徴的な状態になるのですね。

谷川　はい。

池田　それである程度は鑑別できるだろうということですね。

谷川　ただ、先ほど申し上げた遠心性環状紅斑の中にも、最近、少し悪性腫瘍が合併することもあるといわれています。

池田　この質問ですと、下咽頭がんと書いているのですけれども、その確率は少ないと考えてよいでしょうか。

谷川　少ないと思います。

池田　あとでうかがいますけれども、鑑別診断としてリンパ腫があるということですけれども、普通の遠心性環状紅斑、あるいは匍行状の環状紅斑ですと、そこの部位にリンパ腫の細胞がいるわけではないのですか。

谷川　通常の匍行性環状紅斑といわれているものは、そこを取っても腫瘍細胞は見つからないことが多いといわれています。ただ、それを繰り返す方で、何回も取って、最後に見つかった報告はあります。

池田　非特異疹としてのリンパ腫と考えたほうがいいですね。

谷川　病理は基本はそうですね。そういう方が多いです。ただ、例えば乳がんの場合は、乳がんのところ、局所だけにいわゆる環状に出てくるケースがあって、これはちょっと匍行状とは少し違う、いわゆる環状紅斑で、皮膚を取ると乳がんの細胞が見つかります。ですから、生検はやはり大事だと思います。

池田　それは特異疹としての環状紅斑ですね。

谷川　そうです。おそらく皮膚科医から見ると、いわゆる環状紅斑というよりも、環状を呈しているがんの浸潤

と考えてもいい。それがたまたま環状に見えている場合があるので、そうするとその場所には、そういう報告は何例か続いてあります。

池田　すごく複雑ですね。単純に見た目だけでは全く診断がつかないこともありうるということですね。

谷川　隠れている場合がありうるのです。

池田　そういう場合にはしっかり生検を取って確定診断するのですね。

谷川　はい。

池田　そのほか、膠原病の合併として環状紅斑があるとうかがったのですけれども、どのようなものがありますか。

谷川　一番多く見るのはシェーグレン症候群です。こういう場合、環状紅斑のほかに、しじ型になっていたりして、あるいは盛り上がりがかなり強くて、皮膚科医が見ると、診断は比較的つきやすいのです。専門ではない医師が診るときは、環状紅斑と考えて、抗核抗体とか、あるいは抗SS-A抗体、抗SS-B抗体とか、そういう膠原病の関連の検査をしておくと診断に役立つと思います。

池田　その場合はあまりかゆみはないのでしょうか。

谷川　ほとんどかゆみはないと考えていただいてけっこうです。

池田　そういったものを含めて、なかなか鑑別が難しいということですけれども、先ほど白癬も鑑別診断に上がるとうかがいました。この場合はどういう診断が行われるのでしょうか。

谷川　白癬の場合はやはり環状になりますので、表面をよく観察すると、表面に白い、ちょっと皮がむけているような、鱗屑と私どもは申しますけれども、それを取って顕微鏡で見ると真菌が見つかります。それを検査すれば比較的簡単に診断はつくのですが、それをしないで、検査だけやっていくと、やはり紛らわしいことがあります。

池田　よく生検をしますけれども、生検で体部白癬の診断はできないのでしょうか。

谷川　可能です。診断する場合は、表皮の角層の中に菌体要素を見つけることができます。ただ、その前に皮膚をむいて顕微鏡で検査することで診断は可能だと思います。

池田　病理の際に、真菌要素を見つけるためには何か特殊な染色がいるのでしょうか。

谷川　染色の場合は、グロコット、パス染色が一番簡単にできます。それ以外は真菌を染めるグロコット検索などがありますけれども、この場合はパス染色です。

池田　パス染色で容易に見つかるのですね。今うかがうと、様々なものが含まれている環状紅斑、それも鑑別診断として感染症やリンパ腫も考えなければいけないということで、専門医に

診ていただいて、生検を取って、確定診断が必要になるのですね。

谷川　はい。

池田　ありがとうございました。

めまいの救急対応と鑑別

川越耳科学研究所クリニック院長
坂　田　英　明
（聞き手　池脇克則）

めまいは、耳鼻科で対応することが多いですが、救急で来院されたときの疾患の鑑別や初期対応についてご教示ください。

＜千葉県開業医＞

池脇　救急でめまいはけっこう多く、質問の先生は耳鼻科で対応することが多いということですが、病院の体制によっては、内科、脳神経外科など、耳鼻科以外の医師も対応することがあるように思うのですけれども、どうでしょう。

坂田　主に耳鼻科、内科、大学病院や総合病院では総合診療科の内科の医師が多いでしょうか。ただ、一般の実地医家のところにも、「めまいがする」と、特に回転性めまいの患者さんが来院されているのではないかと考えています。

池脇　具体的な数字があるかどうかはわかりませんけれども、救急外来でめまいを主訴として来られる患者さんはどのくらいいらっしゃるのでしょう。

坂田　救急外来の中で子どもから高齢の方までのだいたい10％弱ぐらいは何らかのめまい、気持ち悪さ、嘔吐で来院されるのではないかと思います。

池脇　救急外来に来られるぐらいですから、症状はひどい状況で、どうやって対応していくかという質問です。

まずは、めまい、これはどう考えていったらいいのでしょう。

坂田　主に回転性めまいと、ふわふわする浮動性めまいとあるのですが、ここで対象になるのは急激に発症する回転性めまいです。まず、末梢性と中枢性の鑑別。学生時代によく習うのですけれども、末梢性の良性発作性頭位めまい、内耳の耳石が関係しているめまいが多くなります。それからメニエール病、前庭神経炎、少ないですが内耳炎、こんなところが代表的な末梢性のめまいです。

池脇　末梢性のめまいは耳鼻科の医師が専門として診ている。一方で中枢性のめまいに関しては、どういう疾患があるのでしょうか。

坂田　我々が注意しなければならないのは、軽度の小脳梗塞、出血です。これは多彩な症状を示します。症状は末梢性のめまいとほとんど同じです。ほかにはまれではありますけれども、延髄外側症候群であるワレンベルグ症候群も発症起点は回転性めまいで突然来ますので、鑑別の念頭に入れておかなければならない疾患だと思っています。

池脇　回転性か浮動性かで、末梢か中枢か、分けてしまいそうな気がするのですけれども、必ずしもそうではない。一部の中枢性では回転性もあるのですね。

坂田　そうですね。

池脇　典型的な症例は別にすれば、回転性か浮動性かだけで、なかなか結論づけられないとなると、めまいの性質として、それ以外の症状も考えていかないといけないわけですね。

坂田　そうですね。最初に起きためまいがいつだったのかが大事です。例えば、脳梗塞は夜中から明け方に血管が詰まりやすい。夜中目が覚めて頭位関係なく回転性めまいがしたら中枢を考慮します。それに対して、末梢性のめまいの中で良性発作性頭位めまいとか、メニエール病、前庭神経炎などは夜とは限らない。昼でも、いつでも起きてしまう。

それともう一つは、頭位との関係です。頭の位置によるめまいの誘発があるかないか。例えば、良性発作性頭位めまいは頭の位置、寝返りとか、起き上がったとかの動作を加えたときに起きるめまいです。前庭神経炎では頭位は関係ないです。また、メニエール病などの内耳末梢性めまいは健側下位をとると楽になるなどの特徴があります。それに対して、中枢性は小脳ですと、患側下位の頭位が楽になります。また、夜、目を開けたら天井がぐるぐる回っていた。頭を動かしてもいない。位置の変化はない。これはほとんどが中枢性になります。

次にめまいの持続時間です。良性発作性頭位めまいは数秒から数分です。

池脇　短いですね。

坂田　はい、短いです。メニエール病は内耳の水腫が原因ですから、数分ということはなくて、数時間発作が続く。しかし翌日はけろっとしています。前庭神経炎は、早い人でも３日ぐらいかかります。あと、５日ぐらい回転性めまいが持続してしまうので、これは鑑別が容易です。中枢性めまいは、多彩で一過性脳虚血発作、椎骨脳底動脈循環不全など数秒から数分、数時間となります。主に小脳出血、小脳梗塞は数日間続きます。また、小脳の脳出血や脳梗塞の後遺症としてのめまいは浮

動性でふわふわ感が数カ月持続する場合もあります。こういった特徴があります。

池脇　めまいが起こってすぐに来られた方の場合はそれほど長くないのですが、今の先生のお話をうかがうと、めまいが今朝起こった、そこだけで問診を終わらずに、もう少し詳しく、どういう体勢で起こったか、あるいはどのくらい持続しているか、少なくとも末梢性めまいに関してはある程度鑑別できるような印象を持ちました。

坂田　そうですね。最後にもう一つ、末梢性めまいかどうかというと随伴症状です。これは挙げるときりがないのですが、蝸牛症状、つまり耳鳴りや耳閉塞感は末梢性のめまいを伴いやすいので、聞いていただく。

あとは、筋トーヌスに注意しています。つまり、中枢性のめまいの患者さんの場合には、ふらふらして力が入らないということではなくて、どちらか片側性とか両側性とかに筋トーヌスが低下していることが多いのです。両手両足の筋トーヌスチェックをしていただくと、鑑別の手段になるかと思います。

池脇　これは神経症状としての筋トーヌスの異常と考えてよいですか。

坂田　そうですね。

池脇　進め方に関してはだいぶはっきりしてきたように思うのですけれども、今先生がおっしゃったのが、症状、随伴する症状も含めてですが、それ以外に救急でチェックしなければいけない項目というと何でしょう。

坂田　眼振、目の異常な動きの有無になります。耳鼻科医はフレンツェル眼鏡で見ているのですけれども、もし手元にない場合でも、患者さんの目の動きが、右を向いたら右と方向が一定しているのか、または左を向いても上下でも右というように方向が一定していないか、この辺でもだいぶ鑑別ができるのです。つまり、目の向いた方向、左右、上下で方向が変わるかが大事です。内耳、それから中枢性の回転性めまいの場合にはほとんど眼振が出ますので、眼振が出ていなければ、内耳や脳から来るめまいではなくて、ほかの高血圧や、貧血、低血糖、脳腫瘍の脳室穿破したケース、胃穿孔、急性脳症、心因性のようなこともあります。まず目の動きを見ていただくとよいかと思います。

池脇　先生が言われた症状の取り方で、末梢性かどうか、さらには末梢性の中のどれかまで絞り込めると思いますが、眼振はさらに重要な情報を与えてくれるということでしょうか。

坂田　そうですね。フレンツェル眼鏡ですから、耳鼻科に限らず、内科、救急、脳外科、神経内科の医師、まずめまいの患者さんが来たら目の動きを見ていただくとよいかと。慣れてきますと目の動きの急速相、緩徐相という

のがあるのですが、この動き方で末梢性か中枢性か、だいたいわかるようになります。LED付きのフレンツェル眼鏡やCCDで、より微細な眼の動きを診察できるタイプ、最近ポータブル機器の開発もされています。ぜひ若い医師にも聴診器感覚で持っていただくとよいと思います。

池脇　末梢性では説明がつかないのであれば、中枢性を疑って画像診断を行うことになりますか。

坂田　末梢性はいつまでもだらだら続くことはないのです。つまり、内耳の水腫などが終われば、何事もなかったかのように正常に戻れるわけです。中枢性のめまいの方は、脳に画像には出ない小さな梗塞、特に小脳、上部脳幹にぼやが起きたのちの、いわゆるグリオーシスです。それが引き金となって、その後、慢性浮動性めまいに移行して、ふらふらする。こういう方たちは中枢のダメージが画像にほとんど出ません。ふわふわめまいの症状がだらだらと持続してしまうことがあります。こんな患者さんがいらっしゃいましたら、中枢性を疑っていただきたいと思っています。

池脇　ここまで診断の話でしたが、初期対応はどうなりますか。

坂田　これは末梢性のめまい、中枢性のめまいの鑑別によっても違うのですけれども、まず我々が使う薬の点滴はメイロン、重曹ですね。それから中枢性のめまいの場合にはニコリンのような薬を点滴します。それからまず患者さんの興奮を抑えなければならないので、アタラックスPのような麻酔の前投薬ですが、15mgほど筋注しますと、かなり落ち着き少し眠くなります。それから制吐剤、プリンペランなどを1A静注していただきますと、まず初期のめまいを抑えることができます。また問診を取って、既往歴に糖尿、高血圧、コレステロール、不整脈のようなものがあるかをチェックしていただくとよいかと思います。

池脇　診断と一緒に進めるような感じですね。

坂田　そうですね。

池脇　細かいですけれども、メイロンは点滴がいいのか、静注がいいのか、どうでしょう。

坂田　血管痛に注意していただきながら、高齢者の場合には少し注意が必要です。250mℓのボトルがありますので、ゆっくり落としながらのほうが効果があるのではないかと思っています。

池脇　ありがとうございました。