

「日本医真菌学会 50 周年記念シンポジウム」教育シンポジウム講演の記録  
(日本医真菌学会雑誌第48巻 3 号及び 4 号に分けて掲載)

教育シンポジウム 7

癩 風 関 連 疾 患

清 佳 浩

帝京大学医学部附属溝口病院皮膚科

真の癩風感染症としては、癩風、マラセチア毛包炎、マラセチア敗血症があり、癩風関連疾患としては脂漏性皮膚炎、アトピー性皮膚炎などがある。

癩風菌は、皮膚の常在真菌であり、部位によりその数や種類は異なっている。*Malassezia furfur*, *Malassezia pachydermatis*, *Malassezia sympodialis*, *Malassezia globosa*, *Malassezia obtusa*, *Malassezia restricta* と *Malassezia slooffiae*, *Malassezia dermatis*, *Malassezia yamatoensis*, *Malassezia japonica*, *Malassezia nana* の 11 菌種が認められている。さらに近々 1~2 菌種が追加されるようである。

私は癩風関連疾患の臨床面について述べさせていた

癩風

癩風とは、慢性に経過する表在性真菌症のひとつであり、主として体幹に細かい鱗屑を有する褐色から淡紅色、さらには白色の斑として認められ、自覚症状はほとんどない。写真 1 には褐色の癩風病変を示した。熱帯地方では、人口の 20~30% が罹患しているとの報告が見られるように、高温、多湿の環境で発症してくる。直接鏡検にて丸い胞子と短く太い菌糸が大量に認められることで、容易に診断できる。外用抗真菌薬にて短期間で治癒するが、再発しやすい。2 年後までに 50% 程度が再発してくる。

マラセチア毛包炎

臨床症状は瘡瘡に類似しており、症例によっては躯幹・頸部・上腕などの尋常性瘡瘡とはいささか異なる部位に認められることもある。その他の特徴として、瘡瘡があることが挙げられる。尋常性瘡瘡との鑑別法としては、ズームブルーや酸性メチレンブルー、PAS などの染色を施して鏡検することにより、大型の球状の胞子集団 (5 個以上) が認められることで、本症と診断できる。本菌は皮膚の常在真菌であることより、培養されても本症と診断できない。治療には外用抗真菌薬やイトラコナゾールの内服が有効である。

癩風関連疾患として、まず脂漏性皮膚炎について述べ

る。

脂漏性皮膚炎と癩風菌のかかわりについては、脂漏性皮膚炎病巣に癩風菌が存在し、脂漏性皮膚炎病巣から本菌が培養され、菌の感染実験にて脂漏性皮膚炎様病変を生じるというコッホの 3 原則を満たすことから、癩風菌は脂漏性皮膚炎の重要な悪化因子とみなされている。このマラセチアが原因であるとする考えは、抗真菌作用があるナイスタチンを頭の半側に塗布すると、外用側のフケ症が改善し、さらにナイスタチン抵抗性の菌を再感染させると、ナイスタチンの外用を継続していてもフケ症が再発するという実験結果からも支持される。さらに細胞抑制効果はなく、ただ抗真菌効果のみを有する数種の抗真菌剤が本症に有効であるという報告も、この原因説を支持している。

診断:

頭部接触性皮膚炎、尋常性乾癬、アトピー性皮膚炎、頭部白癬、化粧品皮膚炎、膠原病など多くの鑑別すべき疾患があるが、脂漏性皮膚炎に特徴的な検査法はないため、除外診断にならざるを得ない。

臨床症状のうちで、一番大切なのは皮疹の性状と分布で、鼻唇溝に皮疹が見られることは、本症の特徴のひとつである。写真 2 に本症の臨床像を示した。脂漏性皮膚炎病巣中の菌要素を検出するためには、酸性メチレンブルー染色、Hemacolor 染色セット、ギムザ染色、PAS 染色、ズームブルー染色液などを用いて染色しないとけない。写真 3 には酸性メチレンブルー染色で染色したフケ中の胞子を示した。写真のごとく、フケ中の胞子は癩風で見られる胞子に比べて小さくて、形も楕円形である。

治療:

他に皮膚疾患のないフケ症では、癩風菌に効果のある硝酸ミコナゾールを配合した医療用シャンプーなどを用いて規則的、かつ丁寧な洗髪が治療の第一選択である。

脂漏性皮膚炎の治療には外用ステロイド剤、外用非ステロイド性抗炎症剤、ケトコナゾール外用剤が用いられる。このうち外用ステロイド剤は脂漏性皮膚炎の症状を



写真1 褐色の癬風病巣

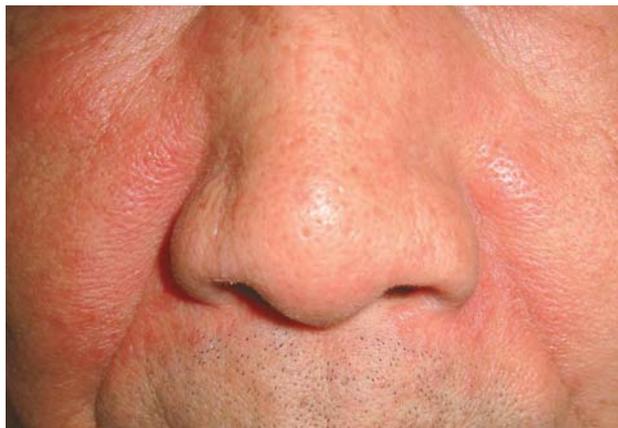


写真2 脂漏性皮膚炎の臨床症状

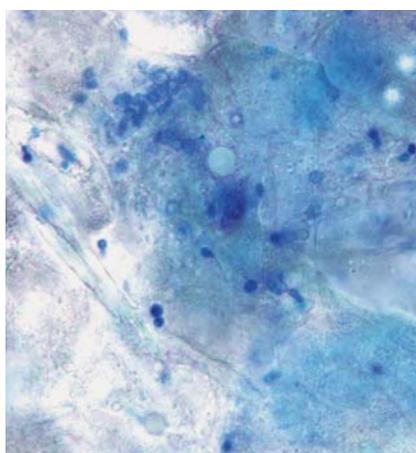


写真3 酸性メチレンブルー染色で染色されたフケ中の癬風菌胞子

ほぼ全例で速やかに軽減させるが、使用中止後に再発、再燃を繰り返すため治療期間が長期間になる。そのため皮膚萎縮やステロイド潮紅等の局所の副作用を生じることが治療上で問題になる。一方ケトコナゾール外用剤はわが国において行われた臨床試験で、70～90%の有効率が報告されている。しかし、効果発現までの期間が2～3週間程度必要なことより、高森や杉浦は2～4週間はステロイドとケトコナゾールクリームを併用し、その後はケトコナゾールクリームを1日2回塗布にて治療する方法が単独治療よりも効果が高いことを報告している。また、抗真菌剤治療群はステロイド外用治療群に比べ、再発までの期間が長いとの報告があることより、その使用が推奨される。

アメリカ皮膚科学会の脂漏性皮膚炎患者用パンフレットには、ステロイドの外用療法と2%ケトコナゾールシャンプーを併用するとよいと書かれている。本疾患の悪化因子にはさまざまなものがあり、年余にわたって症状が続くことより、長期間使用しても副作用の少ない治療を選択することがより良い治療法と言える。

#### アトピー性皮膚炎

アトピー性皮膚炎は、角層の異常に起因する皮膚の乾

燥とバリア機能異常という皮膚の生理学的異常を伴い、多彩な非特異的刺激性反応および特異的アレルギー反応が関与して生じる、慢性に経過する炎症と痒疹をその病態とする湿疹皮膚炎群の1疾患である。真菌の中でも皮膚常在真菌であるマラセチアが頭頸部に皮疹の認められるアトピー性皮膚炎の増悪因子の一つとして注目されている。

#### 検査:

現在世界中で用いられている抗癬風菌抗体は現在の新分類された菌種のうち *M. sympodialis* を抗原とした抗体である。

菌種が違う場合、当然ながら生体の反応はその抗原により異なってくるが、それぞれの抗原に対するIgE抗体には交差反応があるため、ある程度は病変の機序の解明に有用である。

Kiefferらは55例のアトピー性皮膚炎患者、19例の脂漏性皮膚炎患者、19例の健常人においてマラセチアにたいするIgEや皮内反応、ヒスタミンの放出などについて検討し、抗癬風IgE RAST陽性例は2/3のアトピー性皮膚炎患者に見られたが、脂漏部位に皮疹を有する症例ではその頻度はいっそう高かったと報告している。

自験例の抗癬風菌RAST抗体検査の結果、スコア3以上の症例ではすべてIgEは1,000以上であった。脂漏性皮膚炎や尋常性乾癬、蕁麻疹などアトピー性皮膚炎以外の症例では特異抗体はすべて陰性であった。

#### 治療:

経口抗真菌剤によるアトピー性皮膚炎の治療成績がこれまでにいくつか報告されている。そのうち二重盲検法を用いた報告は3件あり、いずれの報告でも *M. furfur*/*Pityrosporum orbiculare* と *Candida albicans* に対する特異抗体と総IgEは治療後に減少し、臨床症状も比例して減少したと報告している。癬風菌がアトピー性皮膚炎の増悪にどのように、どの程度に関与するかについての詳細はまだ十分には解明されていない。しかし本菌は悪化因子のひとつとして今以上に認識されるべきであろう。