

Psoria News

発行

NPO法人 大阪難病連
大阪乾癬患者友の会(梯の会)

特集

◎第28回乾癬学習懇談会②



・・・ Index ・・・

・三重行事参加記	P1	・乾癬の治療	
・「乾癬の患者さんはメ		「レミケード」について	
タボに注意」		谷守先生	P12
東山真里先生	P2	・乾癬ワンポイントアドバ	
・「光線治療なう」		イス	P17
小林照明先生	P8	・お知らせなど	P20

3月2日(土)、三重県乾癬の会の恒例行事である「温泉も皆で入れれば怖くない」に本会から8人が参加し、食事と温泉浴を楽しみました。今回は三重県伊賀市上阿波にある「伊賀の国大山田温泉 さるびの」で行われました。三重の患者会から案内があり、大阪の会からも多くの幹事が参加しました。当日は日生病院前に8時50分に集合。岡田会長と中山事務局長の2台の車に分乗して現地に向かいました。1時間半ほどかけてさるびのに到着。さすがに寒くて雪もちらついていましたが、とりあえず全員で集合。ご当地三重からも8人が参加しました。また市立四日市病院の皮膚科部長で三重患者会の相談医でもある谷口芳記先生もご参加されていました。いつも谷口先生によるミニ講演が行われるのですが、今回はまず、IFPA(国際乾癬患者団体連合)が作成している世界の乾癬患者の方々のビデオメッセージである

三重県乾癬の会温泉行事に参加

伊賀の国で楽しもうよ

温泉も皆で入れれば怖くない



大山田温泉 さるびの

「Under the spotlight」に、東京患者会の添川氏に引き続き出演された三重県乾癬の会の早田さんのビデオメッセージを全員で見ました。決して軽症とは言えない病状の中で、看護師というハードな仕事で頑張っておられる早田さんの姿に全員大変心打たれました。その後、三重県乾癬の会の会長である



谷口先生を囲んで歓談

稲垣氏を中心に、乾癬の病状や治療、また患者会活動などについてみんなでフリートークを行いました。おいしい食事をしながらゆっくり歓談した後は温泉に入浴。外は雪が激しく舞う状態でしたが、のんびりと温泉につき合いが出来、とてもリラックスした時間を過ごせました。毎年三重の会の行事には大阪から何人が参加しますが、今回のように8人も多くの会員が参加したのは初めてのことです。和やかな雰囲気の中で、また三重と大阪の患者会同士の親睦が図れたと思います。三重県の患者会の皆さんには企画から案内まで何から何までお世話になり、大変ありがとうございました。

「乾癬の患者さんはメタボに注意を！」

日生病院皮膚科部長（本会相談医）

東山真里



東山真里先生

はじめに

日生病院の東山です。この会の相談医をさせて頂いています。今日は乾癬の患者さんはメタボに注意という話をさせて頂きます。食べものが美味しい秋にこの話をさせて頂くのも何ですが、この中にメタボだご自分で思う方がいらつしやったら手を上げて頂けますか。メタボは分かかって頂けませんね。メタボリック症候群の事です。ちらほら

いらつしやいますね。

今日はどうして乾癬でメタボが大事か知って頂きたいと思えます。乾癬になった時、乾癬かもしれないとの事で病院に行ってみようと思った時、医者や看護師さんなど医療スタッフとコミュニケーションを取って下さい。まず気分を落ち着かせて下さい。次に、ご自分が乾癬でどんな事で困っているかを具体的に伝え下さい。医者が診た重症度以外に、患者さんがどれだけ困っ

いざ診察室に

- 医師・看護師とコミュニケーションをとるよう努力しよう。 リラックス・リラックス
- 乾癬で自分はどんなことが困っているか具体的に医師に伝えよう。
- 治らないなんていわれたら？
あきらめない。なぜ治らないか。どうしたらいいのか。
納得できるまで説明を聞く。
- 大事なことはメモしながら聞く

ているかを加味して治療法を考えますのでこれは大事な事です。先程添川さんのVTRにもありましたが、もし「治りませんよ」などと言われたときにはどうするか？絶対あきらめないことです。納得行くまで聞いて下さい。また大事な事はメモを取りながら聞いて聞かして下さい。お手元に筆記用具がありましたら、これからの話でもメモを取りながら聞いて下さい。

今日のお話は、乾癬はどんな病気か？

どうして乾癬になるのか？どんな治療があるのか？それから、今日の主題であります、乾癬とメタボリックの深い関係。それから、関節症性乾癬の治療ということをお話いたします。詳しい事はこの後、中村先生と小林先生がお話しされますので、イントロとしてお話しいたします。

乾癬の病態

乾癬というのはこの様に赤くてカサ

カサした病気で、原因はまだ詳しく分かっていない事もあります。だいぶ分かってきましたが、まだはっきりと分からないところもあります。慢性に経過して患者さんの日常生活の質に影響が出る事もあります。この赤くてカサカサしたところの皮膚を取りますと、角質が厚くなってそれと同時に深いところの真皮に血管が拡張し炎症の細胞が集まってきます。特徴的なのはこの様に白いかさぶたが付いて盛り上がっています。この写真は尋常性乾癬です。特徴的なのは引つ掻いたり傷を付けますと、何日か後に新しい皮疹が出来てきます。これはケブネル現象と言います。これは乾癬に特有です。強く掻いて鱗屑をポリポリ取りますと、赤い出血が起こります。

これは今日、覚えておいて欲しいのですが、乾癬には皮膚の症状以外に合併症が起こる事があります。これは関

尋常性乾癬

特徴的な症状
かさぶた・紅斑・局面・丘疹

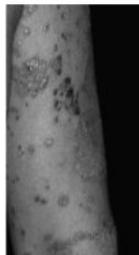
好発部位：
臀部、四肢など機械的刺激加わりやすいところ

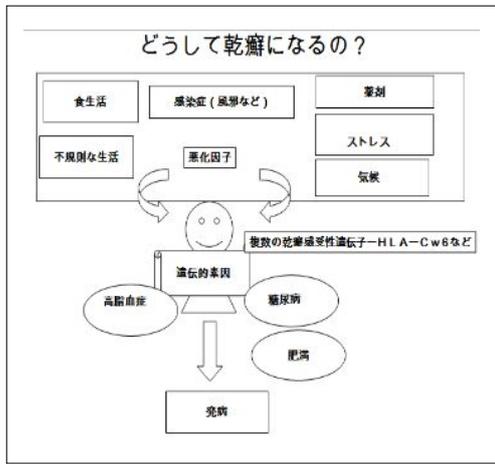


乾癬の特徴的所見

ケブネル現象
：皮疹のない部位に外傷などの刺激を加えたとその部位に皮疹を生じる

アウスピッツ血瘡現象
鱗屑をはがし続ける就容易に点状出血を認める。





節炎です。これは珍しいのですが眼のブドウ膜炎です。これも少ないのですが舌が白くなる地図状舌です。最近乾癬の患者さんにはメタボリック症候群の合併が多くて、しかも心血管系疾患のリスクが高い事が分かってきました。どうして乾癬になるのかという事です。先程の乾癬の特徴を示したのですが、TNF- α などの乾癬に関わる色々な炎症のサイトカインがありまして、それが表皮の細胞を刺激して長く炎症が続くという病気です。どうして乾癬になるのかという事です。体質として遺伝的素因を持った人と言いますか、複数の乾癬感受性遺伝子という物がありまして、乾癬になりやすい性質を持った方に、ここに書かれている様な色々な悪化の要因が重なり、乾癬を発症します。特に生まれつき乾癬の人は非常に少なく、好発年齢は40歳50歳台などの働き盛りの方に発症が多いのですが、高脂血症や糖尿病

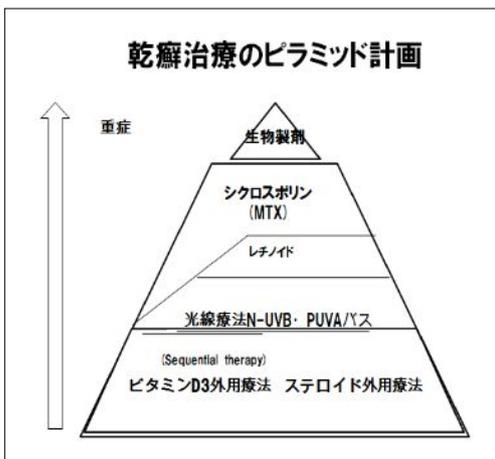


や肥満・メタボリック症候群などが重なる発病したり疾患が悪化する事が分かっていきます。次に乾癬の治療ですが、非常に乾癬の治療は進歩いたしました。私が大学を卒業しました頃は光線治療しかありませんでした。その後チガソンですとか免疫抑制剤のシクロスポリン、ビタミンDの塗り薬、光線療法法のナローバンドUVBが出来ました。2010年には生物学的製剤が使える様になりました。またこの間、患者会活動の広がりがあり、乾癬の患者さんを取り巻く環境が変わってきました。生物学的製剤によって患者さんの治療が変わった結果どうして乾癬になるのかという病態解析も進歩しました。それからもう一つの話は、今日お話しします、心臓疾患に関する警鐘と云う事です。

乾癬の治療



現在可能な治療としては、外用剤・飲み薬・光線療法などで、この後の講演でお話がなされます。生物学的製剤としては先程お話ししましたTNF- α を抑える薬が2種類とIL12・IL23を抑える3種類の薬があります。その後続々と生物学的製剤が治験中で開発されています。まだまだ乾癬の治療は進んで行くと思われまので、今困っておられる患者さんにも朗報が来ますのであきらめないで頑張ってくださいと思います。これは生物学的製剤で治療している患者さんですが、全身に皮疹が有りまして、しかも脊椎炎型関節炎と言いまして、首や背骨と言った大きな関節が痛んでお仕事もままならないという患者さんに、アダリムマブという注射を2週間毎に12週間投与し殆ど皮疹がない状態まで改善しています。この様に非常に良く効く患者さんいらっしゃって乾癬の治療が非常に進歩したと実感

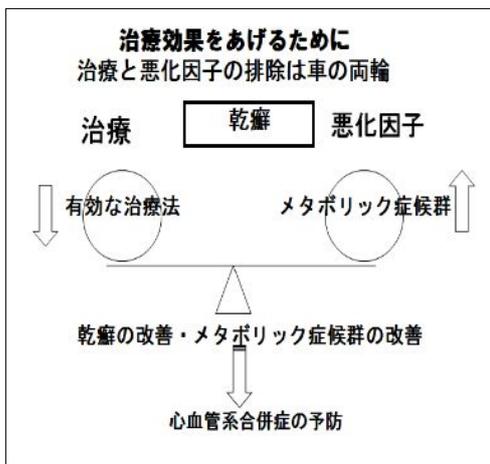
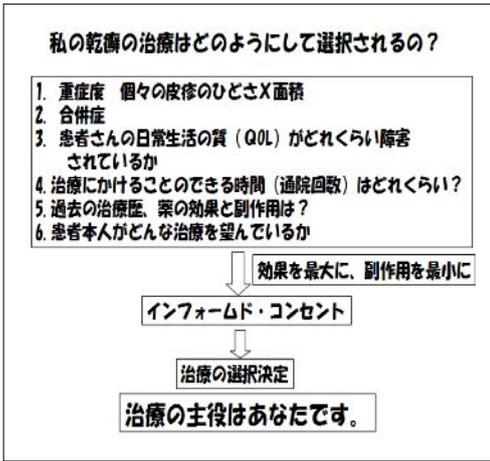


するこの頃です。これについても後でお話があると思いますが、旭川の飯塚先生が作られたピラミッド計画という治療法です。こちらの軽症から重症になるに従って塗り薬・光線療法・飲み薬・生物学的製剤と色々な治療が選択できる様になっていきます。どの様にして治療が選ばれるのか。乾癬は患者さん一人一人違いますので、みんなが同じ治療と云う事ではありません。一つはどれくらいひどいかの重症度、次に合併症の問題で腎臓・肝臓が悪いとか血圧が高いとかで治療が選ばれます。それから先程申しました様にどのくらい乾癬のために日常生活に困っているか。その他、社会的要因・経済的要因、ご本人がどのような治療を望んでおられるかなどを加味して、良くお話しして、最終的に治療を選ぶのは患者さん本人だと思えます。そのためにこう云った学習会で色々な

乾癬とメタボ

乾癬の情報ですとか、治療の事を良く理解して頂く事がすごく大事です。こういったお話をしてしましても「さっぱり分からないので先生にお任せしますわ」という患者さんがたまにいらっしゃいますが、ご自分で選んだ治療法であればもっと積極的に取り組めると云う事です。

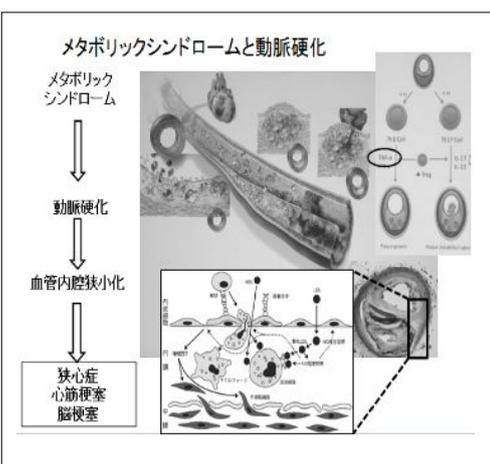
有効な治療をする事はもちろんですが、もう一つ大事な事は乾癬を悪化させる要因を改善する事が大事です。これは車の両輪であって片方だけを一生懸命してもなかなか良くなりません。実際にメタボリックな患者さんですとなかなか期待する効果が出ないと云う事があります。乾癬を改善して、メタボリック症候群を改善して将来的な心血管の合併症を予防する事が非常に重要です。



「先生はメタボに注意、注意と言われるが、いったい乾癬とメタボリックとどういう関係があるの」と云う事についてお話しいたします。メタボリック症候群は皆さんご存じだと思いますが、この様にお腹が出っ張って、男性では腹囲85cm以上、女性では90cm以上、中性脂肪が150以上、HDLコレステロールが40以下、血圧が130-85以上、空腹時血糖が110以上ということだと、メタボリック症候群と云う事になります。内臓脂肪型の肥満を背景にして、高脂血症・高血圧・高血糖など複数の生活習慣病を合併している状態をメタボリック症候群と言います。メタボリック症候群を放っておきますとどういふことになるかですが、動脈硬化をきたします。この様に動脈が狭くなって、プラークという物が出てきます。そして段々血管が狭くなりまして、ついには血栓ができて血管が詰まってしまう。その結果

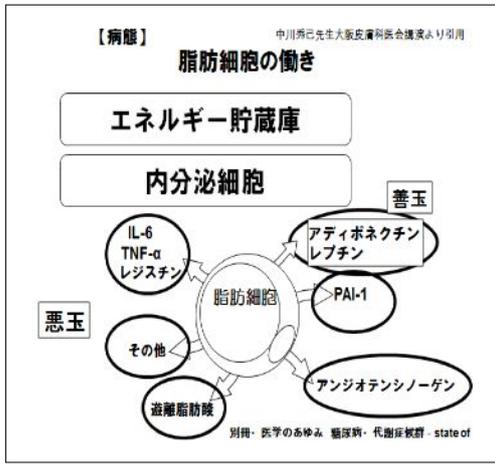


起こってくるのが狭心症であるとか心筋梗塞であるとか脳梗塞など致命的な病気です。これはメタボリック症候群の危険因子がいくつあるとどのくらい心疾患のリスクが上がるかと云う事ですが、肥満・高血糖・高脂血症の内1個ありますと5・1倍、2個ありますと9・7倍、3つ以上ありますと31・3倍とぐんと上がってしまいます。ですからこういった事を備え持っている方は、非常にハイリスクと云う事が分かりますが、ここで肥満は脂肪が関係しますが、脂肪細胞の働きを考えますと、脂肪は寒さから体を守るためのエネルギーの貯蔵庫と云う事もあります。もう一つの側面としては内分泌細胞としての働きがあります。ここに書いてあります様に色々な物質を産生しまして、脂肪細胞が分泌する物をアディポサイトカインと言います。その内、善玉と言われる物はアディポネクチン、レプ



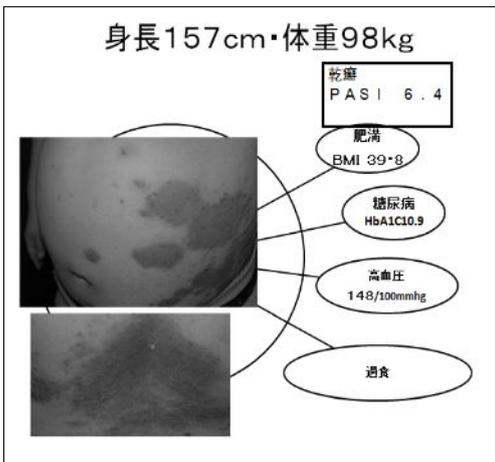
チンという物だけです。こちらのIL6やTNF α を始めとする物は悪玉です。少し難しい名前ですが後で乾癬との関係が出てきますので、覚えておいて下さい。非常に大事な事は善玉のアディポネクチンは抗動脈硬化作用があったり、抗炎症作用があったり、インスリン感受性の上昇などの作用があります。レプチンは交感神経刺激作用、食欲調整作用、脂肪分解亢進などの作用があります。一方悪玉の代表的TNF α はインスリン抵抗性を惹起したり、血管壁の炎症を惹起しまして糖尿病になりやすい状態を作ります。また、PAI-1は血栓形成を促進します。特に乾癬との関係で最近表に出てきているのは、善玉のアディポネクチンと悪玉のTNF α です。

メタボリック症候群では善玉のアディポネクチンが減って、悪玉のTNF α が増えてくると言われています。内臓脂肪が蓄積してお腹が出っ張ってきま



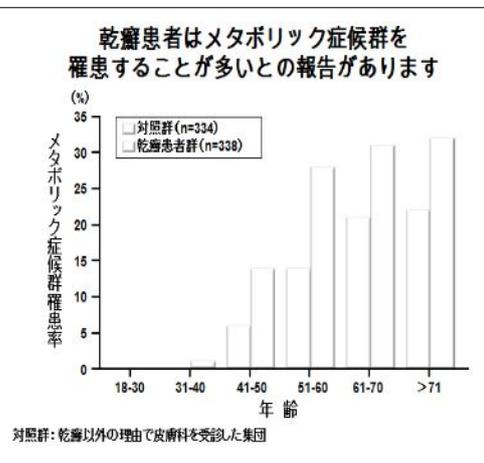
すと、肥大化した脂肪細胞は悪玉のTNF α を増やして善玉のアディポネクチンを減らしてしまします。その結果インスリンの抵抗性が起こって、高脂血症や耐糖能異常を起こして糖尿病になったり、血栓ができるとか血圧が上がってくるなどを起こしてきます。これがひいては心血管系の合併症を発生すると言われています。

実際に乾癬の患者さんで肥満の患者さんを見ます。この患者さんは身長157cmで体重98kgありまして、背中とかお腹に非常にしつこい皮疹がありました。肥満度を示すBMIは39.8です。糖尿病の指標でありますヘモグロビンA1cは正常値は6%以下ですが10.9%もありました、血圧は148/100mmHgで、まだ30歳台と若い方ですが、過食もありました。本当に乾癬の患者さんがメタボリック症候群を罹患する事が多いのかと云う事ですが、これは200



7年の論文です。赤いのが乾癬のある人、ねずみ色が乾癬のない人ですが、これを見ますと40-50歳台で特に40歳台で乾癬のある人がメタボリックの合併率が高いと云う事が分かります。2型の糖尿病や高脂血症や冠動脈異常や高血圧の有病率も赤の乾癬のある人の方が高い、とくに若い人の方が差が大きいと分かります。乾癬患者に於ける心筋梗塞のリスクですが、重症の乾癬患者で30歳台を見ますと心筋梗塞のリスクが軽症で1.29倍、重症では3.1倍のリスクがある事が分かっています。

実際にこの48歳の患者さんの場合、20歳で発症して25歳で全身に乾癬が広がりまして、42歳で脳梗塞を起こして片麻痺で片方の体が麻痺となっています。身長は174cm体重は90kgで、高脂血症や高血圧なども合併しています。40歳台でこう云った病気や心筋梗塞を合併している患者さ



んを時々拝見します。乾癬は色々な併存症状がありまして、皮膚だけではなく全身の炎症性疾患であると考えられています。乾癬の患者さんをPETF/CTと云うもので見てみますと、こちらが乾癬でこちらが乾癬のない人で、乾癬のない人に比べて乾癬の人は動脈などの血管や関節・皮膚などこの黒く写っている炎症部分が広がっており全身の炎症が起きている事が分かります。動脈硬化も一つの血管の炎症です。さつき云いました、脂肪細胞が作る悪玉の代表であるTNF α がどのくらい血中にあるかと云う事を測ったデータです。横軸が乾癬の重症度で縦軸がTNF α の量ですが、乾癬が重症な人ほど血中のTNF α が増えているという事が分かります。

これは善玉のアディポネクチンを乾癬の治療でどの様に変わるかというデータですが、乾癬を治療して乾癬が良くなってくるとアディポネクチンが上がっ

脳梗塞合併例

- 患者: 48歳男性
- PASI 13.8
- 現病歴
20歳時乾癬頭皮に発症
25歳時には全身に紅斑多発
42歳時脳梗塞にて左片麻痺
- 既治療: 発症以来、外用療法のみ。
- 体重90kg→85kg
身長174cm
併存症: 高脂血症・高血圧
内科的にコントロール中

てきています。すなわち乾癬が良くなるとTNF α などの悪玉が下がって善玉が増えてくると云う事が分かります。最近乾癬マーチと云いまして、乾癬とメタボリック症候群と心筋梗塞との関連を分かりやすく理解するための考え方が提唱されています。乾癬になりますとTNF α が増加してアディポネクチンが下がってきます。肥満がありますと肥満も同じ様になります。乾癬をそのまま放っておいて全身の炎症が続きますとどんどんTNF α が増えてきます。そこに肥満もあります、両方でインスリンの抵抗性が起こって動脈硬化も起こり最終的に心筋梗塞を起こしてしまいます。一方TNF α が増加してインスリンの抵抗性が上がりますと乾癬自体も悪化して治療に抵抗性になります。こういった肥満した内臓脂肪細胞はほとんど乾癬を悪化させる物を産生しているわけです。一生懸命治療してもなかなか良くならないの

はこう云った悪循環が関係している事になります。この悪循環を断ち切ってやると、乾癬も良くなるしこちらのリスクも減るのではないかと云われています。

実際に本当に良くなるのかを明らかにするために一人の患者さんを紹介いたします。63歳の女性で44歳の時に頭皮から体幹と全身に乾癬の皮疹が出ました。53歳の時に糖尿病で肥満もありました。ステロイドの外用剤だけで治療をしていましたが良くならないので、2000年に当科を受診されました。最初来られたときは背中が全面乾癬でした。治療しても全然良くなりません、周りの方にそれを云われて余計ストレスになっていったとの事です。糖尿病のコントロールも良くなかった状態です。たまたま外科で入院した時に皮膚科で光線療法をしたところ少し良くなったものから、頑張ってみようと思われました。糖尿のコントロール

Kさん：63歳女性
44歳時に頭皮、体幹、四肢に落屑性紅斑出現。53歳時糖尿病合併。ステロイド外用のみで治療。漸次症状は悪化。
2000年6月当科乾癬外来受診

も努力されて血糖値も良くなりました。2000年から2005年まで5年かかったのですが、背中もとても綺麗になって発症してから初めて温泉に行く事も出来たという事で大変喜ばれました。これが治療前の写真で、こちらが糖尿病の治療もしてこれだけ良くなったという写真です。私の言っている事を分かって頂ける例だと思います。

メタボにならないように

皆さん健康診断を受けて検査されておられると思いますが、血圧や体重は家でも測れますし、空腹時血糖や脂質なども健康診断や一般の内科でも測れますので、コントロールをする様に自分で異常値がないかももう少し自分で神経を使って貰いたいと思います。健康診断を受けても異常値をそのままほったらかしにしている方も結構おられます。もう一つメタボの他に大事なのが

2005年11月
発症後初めて温泉に行けた。とても嬉しい。かゆみもない。悪化させないようにきっちり治療を続けようと思う。糖尿病のコントロールにも努力している。



尿酸値で、乾癬の患者さんは尿酸値の高い人が多く、尿酸値が高い事も動脈硬化や心筋梗塞のリスクの一つになります。

乾癬で良く聞かれるのは、「先生、何を食えば良いのですか」という事です。メタボリック症候群や高尿酸血症の両方につきまして、とにかくカロリーを取り過ぎない。果糖、砂糖を果物は体に良いと思って、柿を1日5個、ミカンで10個食べたりしている患者さんもあります。それは良くない事です。動物性脂肪を取り過ぎないという事で、肉を食べるのはいけない訳ではないのですが、取り過ぎないという注意をして下さい。調理方法を考えて酢とかを使って、油を除く、とんかつであれば豚の脂身を取ってから調理するなどして下さい。食材としては緑黄色野菜を沢山取るとか海藻類と沢山取るなどして下さい。大事なのはアルコール

乾癬患者のメタボリック症候群 早期診断と治療のために

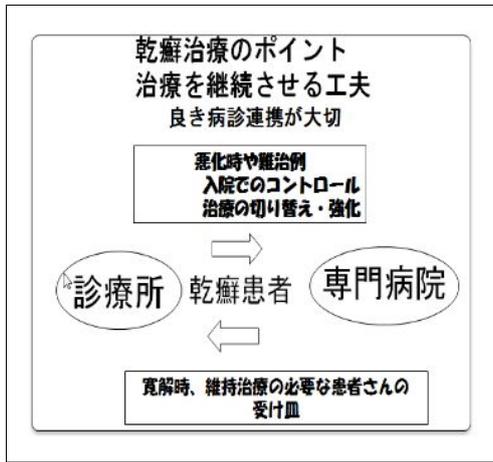
初診時	コントロール目標
・ 血圧	・ 血圧130/80mmHg未満
・ 体重・身長 BMI	・ BMI=22kg/m2
・ 空腹時血糖・HbA1C	・ 空腹時血糖110mg/dl未満
・ 脂質	・ HbA1C6.5%未満
TG	・ 脂質
HDL-コレステロール	TG 150mg/dl未満
LDL-コレステロール	HDL-コレステロール40mg/dl
・ 尿酸値	LDL-コレステロール120mg/dl未満
・ クレアチニン	・ 尿酸値7.0mg/dl未満

乾癬にいい食生活のアドバイス

	メタボリック症候群	高尿酸血症
カロリーをとりすぎない	○	○
果糖・砂糖をとりすぎない	○	○
動物性脂肪をとりすぎない	○	○
野菜・海藻類をたくさんとる	○	○
アルコールを控える	○	○
プリン体をとりすぎない (動物の内臓・エビ・魚の干物)		○
水分をたくさんとる		○
塩分をひかえる	○	

ルを控える事です。アルコールが多いとメタボ・乾癬の両方とも悪くなります。メタボに関しては血圧が上がりますので、塩分を控えて下さい。高尿酸血症に関してはプリン体を取り過ぎない事です。ビールを飲み過ぎない、動物の内臓や肝類、エビや魚の干物を食べ過ぎないようにして水分を沢山取る様にして下さい。高尿酸血症をそのままにしていると、痛風で関節が痛くなったり、尿路結石や心筋梗塞のリスクにもなります。

まとめますと乾癬に良くない事は生活習慣病にも良くないので、逆に言いますと乾癬に良い事は生活習慣病にも良いので、これは一挙両得です。ですから痩せなさいとか血糖コントロールをなささいなどと言われても、両方に良いとのプラス思考を持って頑張ってください。今日はこの後開業されているお二人の先生にお話をさせて頂きますが、乾癬



の良い状態を続けるためには病診連携が大事で、悪化した時や難治の人や入院が必要な時、特殊な治療をする時、治療を変更する時は病院で診て頂く、症状が安定している時、寛解時は診療所で診て頂くといった病診連携が大事です。

先程、西田さんから色々お話を頂きましたが、患者会が大きな役割がありまして、社会に病気を分かち合ってもらって、新しい知識を持って頂くとか、患者さん自身が自分で乾癬を治していくという気持ちを持って頂く事が大事だと思います。

乾癬の治療はこの様に進歩していますので、あきらめないで頑張ってくださいと思います。乾癬はコントロール可能な疾患ですので、皆さん良くなる様に一緒に頑張りましょう。



乾癬治療に大切なこと

- どの病気かよく理解する
- 自分自身の過去、現在の治療を把握
- 症状がどんな時に良くない悪くなるかを自己分析
- 主治医のアドバイスは注意深く聴き、実行
- 家族、職場の人の理解と協力
- 主治医、医師スタッフとのコミュニケーション
- 継続は力なりー治療を継続する工夫

乾癬はコントロール可能な病気です。
皆様のご快癒のために一緒に頑張りましょう。



乾癬治療に大切なこと 患者会の大きな役割

- 乾癬の患者さんを勇気づけ、療養を続ける意欲を持つようにできるのは同じ病気に悩む患者さんの励ましの言葉です。
- 病気や治療についての正しい知識を多くの患者さんに認知していただくこと。
- 社会に対し病気についての啓蒙
- 厚生労働省への新薬の早期認可を要請

◇information◇

★「Under the spotlight」に三重の早田さん登場。「Under the spotlight(アンダーザスポットライト)」とは「IFPA:国際乾癬患者団体連合」が作成した、世界中の乾癬患者にスポットライトを当て、体験談やアドバイスといったビデオメッセージを紹介するサイトです。このたび、東京の添川さんに続き、私たち「三重県乾癬の会」の早田さんが「Under The Spotlight」に登場しました。。11月28日に、二見が浦の賣日館や、彼女のお勤めの病院などで撮影がおこなわれました。淡々と語る彼女の体験談やこれからの希望を語っているメッセージを是非ご覧ください。(三重患者会ホームページより抜粋=<http://www.miekansen.com/>)

★第112回日本皮膚科学会総会はテーマ「いま望まれる皮膚科心療」というテーマで、2013年(平成25年)6月14日(金)～16日(日)に、神奈川県横浜市の「パシフィコ横浜」で行われます。患者会では展示PRや交流会が行われる予定です。

★第28回日本乾癬学会学術大会はテーマ「大きなうねりを！大きなうねりを！～乾癬の基礎から臨床まで」というテーマで、2013年(平成25年)9月6日(金)7日(土)に、東京都文京区の「東京ドームホテル」で行われます。今年も全国の患者会が集まって学習会や交流会が行われる予定です。

「光線治療なう」

小林皮フ科クリニック院長(本会相談医)

小林照明



はじめに

このような機会を頂きましてとても感謝しています。私は開業して10年ぐらいになるのですが、その前は大阪大学で東山先生の後任で乾癬外来をさせて頂いていました。東山先生がこちらにいられてから14〜5年経つと思いますが、阪大で乾癬外来を数年担当した後、市内で開業しており、かなりの乾癬患者さんが来られています。

では始めさせてもらいます。このタイトルなのですが、少しふざけているかなあとということで東山先生にお伺いしたら、「まあわかりやすくいいんじゃない」という、すごく単刀直入な御推薦を頂きました。この「なう」というのは、ネットをされている方は分かると思うのですが、現在こうしていますということですが、光線治療中に携帯電話が鳴る人が多いのですが、その時に携帯に出られたらこういう返事になるのかなあと思っ、また現在の光線治療をこのようにしています、という2つの意味を引つけてタイトルを付けました。

乾癬の治療法

まず私のクリニックで一ヶ月何人来るのかを少しお話ししたいと思います。6月にデータを取りまして、カッコの中が、3年ほど前のデータです。乾癬

患者さんが1ヶ月で240人来られています。3年前は175人でかなり急増しています。白斑については、同じ光線治療の対象疾患なので、一緒に挙げてみたのですが若干減っています。大体30人から50人の間で変動しています。あともう一つ、手足に出て、同じように光線療法が可能な疾患である掌蹠膿疱症という病気がありますが、大体20人台で推移しています。先ほど言いましたように、乾癬の人数がかなり増えています。なぜなのか考えてみました。まず患者さん自体が増えてきているのではないかと思われま。先ほど東山先生がおっしゃられたように食生活が欧米化したり、メタボが増えてきたということから考えまして、その可能性があると思います。また潜在していた患者さんが受診し始めたということがあるのかもしれませんが、インターネットの普及であまり治療に熱心でな

かった患者さんが受診してみようかなあと思ったのかもしれませんが、また意外に内科などの他科に受診されていた患者さんがおられるので、そういう方が戻ってきた可能性もあるかもしれません。中村先生も言われてましたが、生物学的製剤などの注射剤が使用可能になったこともあり。さらにナローバンドを始めとした光線治療が段々普及してきて、一回治療をやってみようという患者さんが出てきたということも多いかもしれません。私も経営者ですから駅の看板など色々宣伝して頑張っています。ですが、それもいいのか？と最後に加えました。この中で一番大きいのは先ほど言いました注射などの新しい治療法がどんどん行われてきたというフアクターかと思えます。先ほど中村先生が説明されたので、簡単に流しますけれども、こちらが軽症、こちらが重症患者さんで、外用療法では、ピ

小林皮フ科クリニックにおける患者数 平成24年6月受診(平成21年10月受診)

乾癬 240人↑(175人)

尋常性白斑 38人(56人)

掌蹠膿疱症 27人(24人)

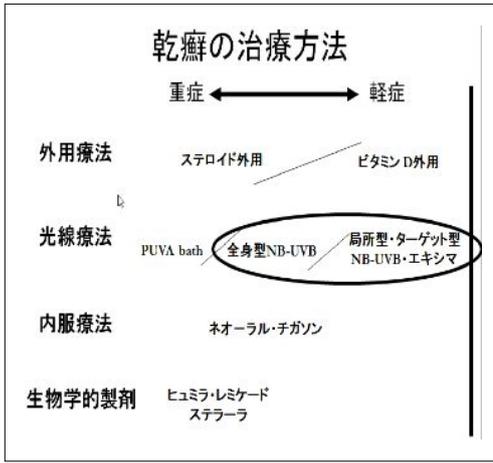
なぜ乾癬患者さんは増加したのか？

- 1)患者数が増加した？
食生活の欧米化、メタボの増加。
- 2)潜在していた患者さんが受診し始めた？
インターネットの普及で認知されてきた。
他科に受診していた患者さんが戻ってきた。
生物学的製剤(注射)の使用開始、光線治療の普及で治療に対する意欲が出てきた。
- 3)当クリニックの宣伝効果？

タミンDとステロイドを組み合わせる使用します。今日お話しします光線療法ですが、軽症であれば部分的に当てるようなターゲット療法というものが最近行われています。重症になってきますと全身に当てたり、入院して、お風呂に入った後当てるという治療の選択もあるかと思えます。内服薬については、日本ではネオールやチガソンが使われています。最新の生物学的製剤については、少し高額なのですが、日本ではヒュミラ・レミケード・ステラーなどの注射剤の投与が行われています。今日お話しする私の担当では、外来でできる診療所で可能な光線治療についてお話ししたいと思います。

光線治療の種類と特長

私のクリニックにある全身照射用の光線治療器は、二台ありまして、一台



はこういう八角形になって48本のランプがあります。半分の24本がナローバンドのランプです。もう一台ありまして普段はこういうふうなペチャンコにして壁にくっつけてすぐ収納しやすく、いざ使う時には引っぱり出します。この中にランプがあります。これは32本ありまして、全部がナローバンドのランプなので先ほどのタイプ1に比べたら、ランプの数が多く短時間で照射が終わります。先ほどは八角形でしたがこちらは四角形で、ピタッと扉を閉じて、上から見ると正方形というか、菱形というか、こういう形になって、患者さんが中で立って周囲から当たるといような治療法になります。これは局所照射器です。ベッドに横になって膝下に当てたり、顔面・頭部に当てたりします。ここにランプがあつて相対的に狭い範囲を当てています。これは手足用照射器で、上下共に

ナローバンドUVB全身型照射器タイプI



ランプが仕込んでありまして手足のひどい人はこういうのを使います。ターゲット型照射器というのは、手の平サイズの小さい面積を当てることが可能な照射器です。これは、エキシマランプです。中村先生の所にあるタイプとは少し違うのですが、VTRACというエキシマランプです。もうひとつのターゲット型照射器は、ターナブと言って、先ほどのエキシマとはまた違うナローバンドという光線を発するのですが、これもこういう手の平サイズの小さい部位を当てるとい照射器です。以上が私の診療所にある照射器です。それらを分類しますと、全身型から局所型、あと手足型・ターゲット型とあります。この5台はいずれもナローバンドUVBという光線を発するものです。もう一種類あるのは、先ほど説明しましたターゲット型のエキシマランプです。光線療法で言うと大きくこの

ナローバンドUVB全身型照射器タイプII



ナローバンドのタイプとエキシマランプのタイプとの二つに分かれます。これはかなり以前の読売新聞に載っていたものなのですが、ナローバンドの説明として、この図が分かりやすいと思つて引用させて頂きました。光線には紫外線や可視光線など色々ありますが、この200ナノメートル〜400ナノメートルの間が紫外線で、それを分類するとABCの3種類の紫外線に分けられます。Cというのは大気オゾン層ではね返されて、地上には余り到達せず、主にAとBが地上にきます。そのBの中でも特に311ナノメートル前後の波長をもつのがナローバンドUVBです。この紫外線は乾癬や白斑という病気にかなり有用な波長であるということが分かっています。作用機序については、異常なリンパ球を紫外線を当てることによつてアポトーシス (apoptosis) 多細胞生物の体を構

ナローバンドUVB局所照射器



ナローバンドUVB手足照射器



成する細胞の死に方の一種」という機序で殺して皮膚を守ってあげることや、リンパ球の一種である制御T細胞という免疫を抑えてくれるような細胞を誘導し、乾癬の炎症などを抑えてくれることが考えられます。また乾癬というのは、皮膚の細胞の増殖がどんどん亢進している状態ですから直接紫外線が働いてそれを抑えることも考えられます。これも中村先生が言われたのですが、細胞は色々なものを出しています。乾癬についても色々なものを出すことによって周りの細胞をどんどん刺激して悪循環に持って行っていると考えられますので、そういうものを紫外線が抑えてくれる可能性もあります。このように色々な機序が他にも考えられますので、すべてが明らかにはされていません。

波長の違いについて説明します。グラフの横軸が光の波長と言って光の特徴を表す数字です。縦軸は乾癬に対する効果だとして頂いたらいいのかもしれない。ナローバンドとエキシマの2種類の光線を治療に使います。ナローバンドというのは311ナノメートル前後の波長です。エキシマというのは少しそれよりも短い308ナノメートルです。わずかに3ナノメートルの違いがどうしたのかということになるのですが、この赤の実線が乾癬に対する有効性です。それを見るとエキシマというのは有効性がピークの所にちょうど存在しまして、すごく効果があるというように考えられます。ただ一方、この波線で描いているのが赤みの出やすさ、後で述べます副作用になります。皮膚に対する刺激の出やすさなので、このエキシマの方は、乾癬に対する効果が高いですが、この波線と交わる所を見ますと、ナローバンドよりもいささか赤みが出やすいということが

ターゲット型照射器 エキシマランプ(VTRAC)

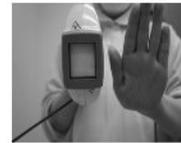


照射範囲 61X31mm

言えます。ナローバンドは乾癬に対する効果はエキシマよりも落ちますが、赤みも出にくいのです。ですからお互い一長一短があるので両方使い分ける必要があります。

ナローバンドを含めて光線療法が認められている病気というのは8つあります。私の診療所で診させて頂く病気というのは、乾癬・尋常性白斑・掌蹠膿疱症・アトピー性皮膚炎です。主にこの4つの病気に対して光線療法を行っているんですけども、私の所は乾癬の患者さんが多いので、ほとんど乾癬患者さんに行います。患者さんが来られたら、どういうふうに説明するかと言いますと、患者さんはまず「効くのか？」ということをおっしゃるので、一番知りたい、効くかどうかということをお説明することになっています。この会場の中にもドクターが結構来られていますので、笑われるかもしれませんが

ターゲット型照射器 ナローバンドUVB(ターナブ)



照射範囲 34mm x 39mm

が、すごく大まかに言うくと、50〜60%の患者さんに当てて、そこそやると50〜60%以上の効果があります。効果というふうには説明していません。効果というのは乾癬で言いますと、皮膚の面積の減少と捉えてもらいたいですかと思えますが、アトピーの効果であれば50〜60%以上痒みが減ります。白斑であれば白く抜けている部位が減っていくというふうには捉えて頂きたいと思えます。後は当てる頻度ですが、「少なくとも週に一度は当てましょう、そして20回は当てて下さい、20回で効果が出始めるか見ましょう。」と説明してあります。ここで誤解されるのが20回で終わる、20回でこれだけの効果が出ると考えられる患者さんが多いのですが、そうではなくて効果があくまで出始めてくるかどうかということなんです。20回で治るということではありません。もちろん20回までには

大まかに効果の目安を説明

「50~60%の患者さんに
50~60%以上の効果があります。」



乾癬であれば皮膚の面積の減少であったり、
アトピー性皮膚炎であれば痒みの減少であったり
尋常性白斑であれば白斑面積の減少。

「少なくとも週に一度は当てて20回はして下さい。
20回で効果が出始めてくるか見ましょう。」

皮膚が消えてしまう人もいますが、効果が始めてくるかどうかです。20回で始めてあと30回、40回と続けます。ある程度良くなってもやめたら不安だということでも月に1回程度来られている方も結構おられます。さらに患者さんのお知りになりたいのは料金です。もちろん保険の治療の範囲内なので、3割負担になります。保険証をお持ち頂いたら1回の照射ごとに1230円かかります。これは再診料と光線を当てるだけの料金です。薬を出す処方箋代などは勿論別です。御高齢の方は1割負担ですから、この3分の1で410円です。1回当たりの値段なので回数が増えたら毎回毎回かかるのでそれなりの金額になると思います。

光線療法の副作用

光線治療の副作用

- 日焼け
- 色素沈着
- 発ガン
- 皮膚老化

内臓には影響ありません！

副作用なのですが、分かりやすく言いますと日焼け、色素沈着、発ガンなどがあります。後でまた詳しくお話ししますが、夏に海水浴で焼きすぎたら同じような現象が起こるかもしれません。日焼けがひいた後にシミが残ることがあります。皮膚の発ガンに紫外線が関係しているということもあります。ガンの可能性はゼロではありません。患者さんは、当てた後、気分が悪いやしんどいなど色々おっしゃるのですが、理論的には内臓まで紫外線が到達しませんので、内臓に影響はないです。ただこれだけ言っても患者さんには「ちよつと疲れるからやめるわ」という方もおられました。

光線治療に関する施術承諾書(1)

- 治療方針に関して
- 最初はかなり少ない量の紫外線を当てますが、翌日に皮膚に刺激感や赤みが出てくるようなら、お教えください。
- 照射頻度は疾患により異なってきますが、通常は週2-3回です。症状が軽快してくれば間隔を空けていきます。
- 紫外線量は徐々に増やしていきますので、皮膚に異常が見られるようならお教えください。
- 効果の現れるのは個人差が大きく一定しませんが、早い人は、5~6回ごろより軽快傾向があります。
- 他の治療と並行して行うことが可能ですが、ある種の内服薬(免疫抑制剤)とは併用を避けるべきものもあります

が、「最初はかなり少ない量の紫外線を当てますが、翌日に皮膚に刺激感や赤みが出てくるようなら教えて下さい、照射の頻度は疾患・症状によって異なってきますが、通常は週に3回、少なくとも週1回は当てて下さい」というふうに説明しています。症状が良くなってきたら2週間に1回や月1回という方も、もちろんおられます。「紫外線は徐々に当てる時間を延ばしていきますので、その時に皮膚に刺激が出てくるようなら教えて下さい。」とも言います。効果の現れるのは20回が一つの目安なのですが、早ければ5~6回頃から効果が出る方もおられます。他の治療と並行して行うことも可能です。中村先生もおっしゃいましたが、チガソンなどは相性がいいです。また外用も一緒に行うのですが、ある種の内服薬や免疫抑制剤、たとえばネオラールとは併用を避けるべきだと言われて

光線治療に関する施術承諾書(2)

- 副作用に関して
- 照射後数日は皮膚に刺激感や発赤を生じることがあり、また人によっては火傷様の反応を起こすことがあります。
- 照射を繰り返すことによって、色素沈着を生じることがあります。
- 紫外線は発がんの誘発因子となることは知られています。例えば放射線治療等の履歴がある場合などに紫外線治療を行うと皮膚がんが生じたという報告がありますので、リスクはゼロではありません。ただ適切な紫外線治療だけで皮膚がんが生じた例は日本人ではほとんど見られません。

います。副作用については先程も言いました。日焼けや火傷のような反応が起こることがあります。それから色素沈着があります。また皮膚ガンについてですが、少しもってまわった言いかたをしていますが、リスクはゼロではないです。ただきちんと光のエネルギーを計りながらやっているの、当てながら皮膚ガンが生じたということはほとんど見られません。過去に皮膚発ガンはあるのですが、文献を見ますと、内臓のガンで強い化学療法を受けていたとか、他の病院で紫外線療法を昔ながらの方法で行っていて、施設が変わってまた行うという特別な背景がある場合は皮膚ガンについて注意深く診る必要があります。こういう書面を私は用意してまして、治療を始める前にサインしてもらいます。

治療の方法



①光線治療の進め方(全身照射の場合)



最初にお臍の上に10秒間(200mJ/cm²)照射し、翌日約24時間後に観察。赤みが出ていないことを確認する。(来院不可能な場合は、患者さん自身で確認して頂くこともあります。)
赤みが出ていなければ照射可能と判断。

②光線治療の進め方(全身照射の場合)

光線治療中の診察室では、以下のことを問診。

- 1) 前回の照射後皮膚に刺激はなかったですか?
- 2) 薬はまだありますか?
- 3) 次回はいつ来られる予定ですか?

その日の照射量を決めた後、光線治療室に移動。

皮膚症状の診察は光線治療開始直前に行い、必要あれば照射量の変更、カルテの記載を行う。

③光線治療の進め方(全身照射の場合)



光線治療室に移動後、照射準備。
病気の部分を表に出す。
(化粧を落とす。)
全身なら下着姿に。
(初回は写真撮影も。)
正常部分をカバー。
(サングラス、タオル、日焼け止め)
準備ができたらずザーを鳴らす。
光線治療器に入る。
照射開始。
(私がスタートボタンを押します。)

④光線治療の進め方(全身照射の場合)



最初は200mJ/cm²(約40~60秒)照射、その後来院ごとに約10秒づつ延長し、刺激が出なければ最終的には3~4分ぐらいの照射時間になります。

*脱ぎやすい服装で来て頂けたら、空いている時には来院後10分ぐらいで終わります。

次に治療の話に入ります。この写真は私のペットのカメです。こちらは模様が違うのですが、ヘルマンリクガメとホシガメと言って、ヘルマンは冬眠するカメです。ホシガメは冬眠しないカメなので、今みたいに寒くなってもしよっちゅう暖房しないといけない手のかかるカメなのです。ただこのカメの写真を出したのは、カメは甲羅を維持するために夏場はかなり暑い所で絶えず日光浴をしています。ですから紫外線というのはカメにとっては生命を維持する欠かせないものなのです。治療にとつても紫外線は有効です。ただ皮膚ガンや火傷の症状という副作用があります。利用には注意する必要があります。ということをお願いいたします。

実際の光線治療の進め方の話をしますが、私の見苦しいお腹で申し訳ないのですが、ナローバンドのターゲツト照射の器械を使って最初患者さんが来られた時間におへその上ぐらいに10秒間当てます。エネルギーというところ200ミリジュールになるのですが。照射後翌日に来てもらうなり、患者さんが家で見て頂くなりして、赤みが出ていないことを確認してから光線治療に入っていきます。まれに赤みが出る人がいますので、そういう方に全身当てるの大変なことになります。光線治療中に診察室で聞く内容としては「前に当たった後に皮膚に刺激がなかったですか? 薬は前回処方したものがまだ残っていますか? 次いつ来られますか?」などです。この後、その日どれぐらいの時間を当てるかを、私が決めさせて頂いて、患者さんには向かいにある光線治療室に移動して頂きます。診察室で脱ぎ着して、また光線治療室で脱ぐのは患者さんにとっては手間になると思うので、私は診察室であまり脱いでもらうことはありません。よほどであ

れば脱いで頂くこともあるのですが、主に光線治療室に移動後、照射のために脱いで頂きます。その時に視診をして皮膚の状態を確認します。必要があればその時に照射量を変えたり、あとでカルテに記載したりするようにしています。光線治療室の片隅に必要な小物を置いてあります。当然ですが紫外線というのはレントゲンとは違ってほとんど透過しないので、服を脱いで頂く必要があります。場合によっては女性の方は化粧を落として頂く必要があるのかもしれませんが。その為に化粧落としをここに置いてあります。全身当てる必要があるなら下着姿になって頂きます。初回はどうしても変化を把握する必要がありますので写真撮影をさせていただきます。全身脱いで頂いても、やはり患者さんによっては、ここはたくさん出ている、ここは出ていないという所があるので正常部分をカバーしてもら

うようにしています。サングラス・タオル・日焼け止めなどでカバーしてもらうのですが、サングラスとカバーするためのタオルを大小そろえています。申し訳ないのですが日焼け止めは患者さんに持参して頂きます。準備が出来たら「いいですよ」という合図にブザーを鳴らして頂きます。ここにブザーを置いてあります。ブザーを鳴らした後に光線治療器に自分で入って頂きます。ブザーの音を聞いて、私が診察室からこちらの部屋へ移動し、看護師が入力した数値に問題ないか確認してからスタートボタンを押すことにしています。全身照射の場合、最初は200ミリジュールです。先ほどお腹に当たったエネルギーです。大体時間にしたら現在40~50秒程です。その後、大体10秒づつ延ばしていきます。刺激がなかったら最長、この器械であれば3~4分程の照射時間になってきます。脱ぎやすい

紫外線治療に関する注意事項(1)

- * 最初はかなり少ない量の紫外線を当てます。紫外線量は徐々に増やしていきますので、翌日などに皮膚に刺激感や赤みが出てくるようなら、お教えください。人によっては火傷様の反応を起こすことがあります。
- * 照射頻度は疾患により異なってきますが、最初は週2~3回です。少なくとも中1日は空けていただきます。症状が軽快してくれば間隔を空けて週1回、2週に1回、、、と延ばしていき、中止にもっていきます。
- * 効果の現れるのは個人差が大きく一定しませんが早い人は、5~6回ごろより軽快傾向があります。20回ほど照射しても効果が明らかではない場合、照射を中止することもあります。

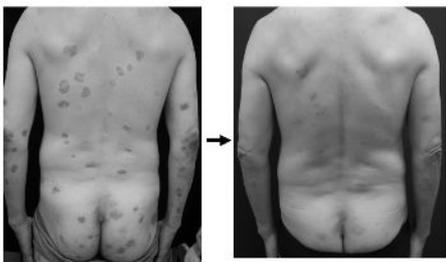
紫外線治療に関する注意事項(2)

- * 他の治療と並行して行うことが可能ですが、ある種の内服薬(免疫抑制剤)とは併用を避けるべきものもあります。気になるようなら医師にお聞きください。
- * 紫外線照射直前の外用剤使用は控えてください。紫外線の効果が出にくくなったり、外用剤の成分が分解されることがあります。
- * 紫外線治療中は、自然の紫外線は避けるようにしてください。皮膚に刺激となって、症状が悪化することもあります。

紫外線治療に関する注意事項(3)

- * 皮膚症状が限局していたり、軽快して限局してきた場合は、正常部位に紫外線が当たらないように服を着ていただいたり、タオルで覆っていたり、日焼け止めクリームを塗っていただきます。特に顔や男性の陰部は紫外線に過敏な所でもあります。症状が良くなれば必ず遮光してください。
- * 照射を繰り返すことによって、色素沈着を生じることがあります。気になるようなら医師にお話しください。
- * 紫外線は皮膚癌の誘発因子となることは知られています。リスクはゼロではありません。ただ癌による皮膚の変化は数年、あるいは数十年という長期間の後に見られる変化でもあり、短期間であれば照射しながら生じることほとんどありません。

症例1：O子、男性。尋常性乾癬。
全身照射100回。



服装で、空いている時間帯に来てもらったら来院後10分程で終わってしまいます。結構短い時間で終わるので、仕事を抜けて来られる方もおられます。同意書にサインして頂いています。私は少し用心深いキャラクターなので、患者さんに家で読んで下さいと同意書の文面よりも詳しい注意事項の書面をお渡ししています。少し同意書とダブっているのですが、「翌日に赤みが出るようなら教えて下さい」と言います。「回数が多かったらいいの？」という質問については、私の診療所では連日は行いません。やはり次の日に刺激が出やすい人もいますので、少なくとも中一日は空けるようにしています。良くなってきたら週1回、2週に1回と延ばしていきます。20回当てても効果が出ない場合はやめるという選択肢もあります。患者さんには予め説明しています。患者さんが、治療法を選ぶということと考えたら当然かと思

ます。免役抑制剤のネオオラルとは併用を避けるべきです。紫外線照射直前、例えば朝に来られる方が、朝外用剤を塗ってそのままクリニックに来られると、やはり紫外線というのはそんなに強い光線ではないので、少しブロックされて効果が出にくくなるという可能性があります。また外用剤の成分、ビタミンDというのは紫外線で合成されるものなのですが、メーカーさんのデータによれば外用剤に紫外線を当てることによって分解されるということも可能性としてはあります。ですから紫外線照射直前には外用剤を塗らないように指導しています。紫外線の治療中は自然の紫外線は避けるよう注意しています。紫外線が重なったら、中には過剰照射になり、光ケブネルという乾癬がかえって悪化する場合があります。従って紫外線治療中は自然の紫外線はなるべく当たらないように、また海水浴に

行く時は日焼け止めを塗るように説明しています。段々治療により良くなってきて、乾癬の皮疹が部分的になってきたら正常部分になるべく紫外線が当たらないように服を着てもらったり、タオルで覆ってもらったり、日焼け止めのクリームを塗って頂いたりします。特に顔面や男性の陰部などは紫外線に敏感で、まれですがガンも報告されていますので、「よくなったら必ず遮光して下さい」と言っています。患者さんで自主的にカバーする人はほとんどいなくて私が指摘しないと日焼けサロンよろしくすっぱんぽんでいつまでも当たっている人が多いです。こういうものを手渡しして自宅で読んで頂くようにしています。

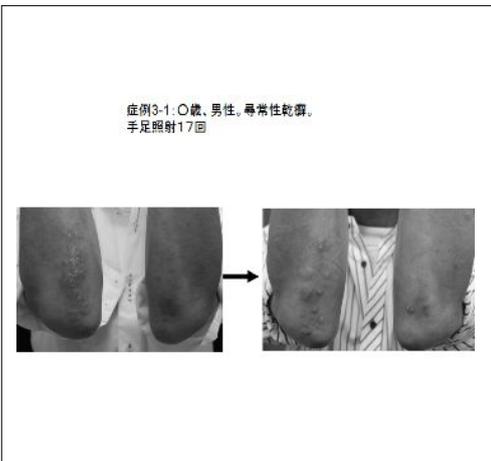
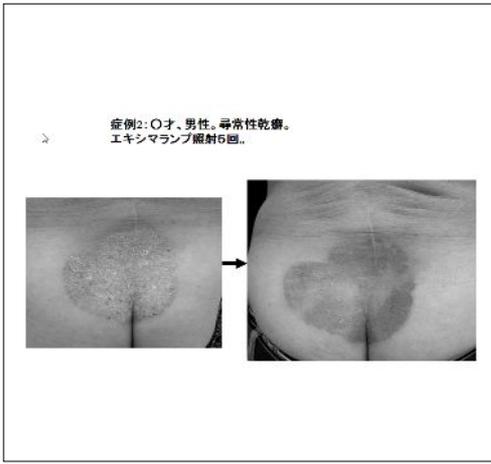
光線治療の実際

実際どのように当てるかということですが、私が勝手にネーミングを付け

ているだけで、他のドクターが使っているというわけではないのですが、単純照射という当て方は、一個だけの照射器を使って当てる時間や週に何回当てるかでコントロールします。更にややこしくなるのですが、シークエンシャル照射と名付けている方法は、6種類ある照射器を使って、病変の面積や部位によって使い分けをします。これも言葉は私が作ったのですが、コンビネーション照射という方法があります。同じように複数の器械を使うのですが、同時進行である種の器械を使ったら、別の種類のもので別日に照射を行います。後で違いを詳しく説明します。基本は単純照射で面積や部位によってどの器械を使うかを選択させて頂きます。効きが悪かったら当て方を変えていきます。実際にどういうふうにするかですが、全身や広範囲に皮疹が分布している時は全身に当てます。効果が出にくい場合は長期にわたって続けます。

症例について

これが単純照射です。ある程度効果が出てきたら、足の方だけ残っているとか、頭・顔だけ残っているとかが、場合によっては局所照射に移行します。さらに面積が小さくなったらハンデタイプターゲット照射に移行します。また、はかかなり効く人にはいきなりターゲット照射器を使います。このように器械を変えていくのはシックエンシャルという当て方です。面積が手足に限局している場合は、これは掌跖膿疱症も含めてですが、こういう手足用のナローバンドUVB照射器を最初に当てる方もおられるし、さらにエキシマランプを当てて部分的に単純照射を行います。ただこれも器械には一長一短があります。刺激の出やすい方は、エキシマランプからナローバンドUVBに変えたり、効果の出にくい方はナローバンドUVBからエキシマランプに変えたりと、器械を変えてシックエンシャル照射を行います。



次に症例をお見せします。エキシマランプというのは説明しましたように光線がナローバンドに比べると強く当たるので、効果が出にくい場合はこちらに移行します。さらにこういう部分的に強く当てると日焼けが結構目立つため、女性に嫌がられることがあるので、その場合は治療効果はさておき全体的にマイルドに当てて、あまり目立たないような治療法を選択するということがあります。コンビネーション照射というのは、少しややこしいですが、ある日は全身に当て、次回は部分的に当てるなどを交互に繰り返すことです。このメリットは、効果の出にくい足や手の平に対しても同時に効果を実感してもらいやすいことです。一週間おきにもしくは、同一週に(月)(木)など曜日を決めて行うように工夫して全体的に段々よくしていく、患者さんの満足度を高

める方法です。症例です。この写真は皮膚が一部残っていますが、かなりお尻から背中にかけて消えています。少し肘が残っているのが現在通院中です。エキシマランプによってお尻のこの部分だけに出ているのを治療します。全体を当てる必要はありません。お尻だけ当てようというので、5回だけです。5回当てたら殆ど赤みや皮膚の剥離がなくなってしまうのですが、日焼けが残っています。エキシマランプは結構強く跡が残るといいますが、治りは早いのです。

この方は別の方で、手足照射器で当たるところ、連続した皮疹がとびとびになって減ってきています。ただこの人の場合、手の平・足の裏を手足照射器で17回当てたのですが、全く効果が出ませんでした。ですからナローバンドでは、手足についてなかなか効果の出にくい症例が多いです。ではどうしようかということ、エキシマランプに切り替えて20回ほど当てました。そうすると皮膚の剥離がなくなつて、全く見られない状況になりました。足の裏のゴワゴワした所がかなりすべすべになってきました。爪周りの赤みが引いているのが分かります。爪は少し見にくいかもしれませんが別にスライドを作りました。最初はこれです。20回当てると少し正常部分が出てきていますが、まだ先の方に病気の部分が残っています。爪というのは根元から生えてくるので治ったらい爪が伸びてくることになります。68回ぐらい当てますときれいな爪になって、分厚いかさぶたもなくなっています。ですから手足、特に爪については、中村先生は内服とおっしゃいましたが、エキシマランプもそこそこ回数が続けることによつて良くなる方もおられます。もちろんよくならない方はネオオラルなどの強い薬を内服してもらおう場合も

ありますが、私の所ではまずエキシマランプを照射します。ただエキシマランプはいいことばかりではなく、このように少し水ぶくれになる場合もあります。糜爛状態になったりします。乾燥の方は治ったのですが、その前に日焼けが強が残ったりします。これも少し周りが日焼けにより、黒くなったりします。これは乾燥ではなくて白斑なのです。ここに向かって広がっててしまいましたが、そうすると当てた部分のまま日焼けになってなかなか消えなかったり、刺激が強くなるという短所があります。ですからターゲット照射は必要なのですが、エキシマだけではいいのかという話になります。そこでこれは新しい、ターナブというドーナツ型ナローバンドの器械が出てきました。ドーナツ型なので片手を通して当てると、他方の空いた手で患者さんの姿勢を保持できるので、当てやすいのです。ターナブを4回ぐらい当てて



と、全く何もなくなっています。ですからエキシマランプも効くのですが、エキシマの場合やはり何回かすると日焼けが結構残るので、その分ターナブ・ナローバンドの方を使いますと、余り日焼けを生じることなく皮膚は消えていくことが多いです。こういうふうにして私の所にはいつの間にかや器械が揃ってきたのですが、別に最初から揃えようと思ったわけではなくて、開業を10年近くしているうちに少しずつ患者さんに対して必要だということになり足していったわけです。患者さんの希望に応えられる為の一つの間にかこれだけ揃ったということ。色々な器械はどうしても必要かなと思います。

今後の取り組み

今後どのように取り組んでいくかということですが、最近、治験や薬の開

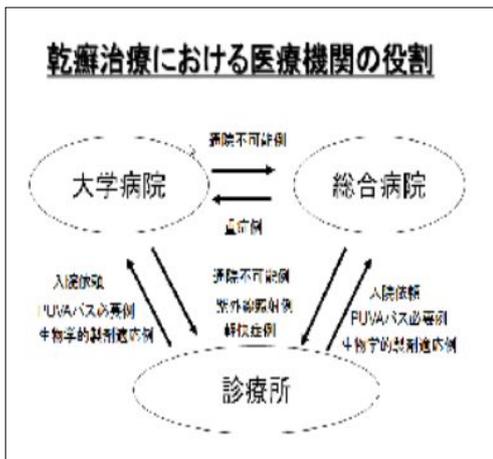
今後の取り組み(1)

- 1) 乾癬治療薬の開発、使用方法改良についての協力
 - ・治験におけるデータ収集
 - ・既存の内服・外用剤の使用法・頻度による治療効果の違い
- 2) ネット・会報を使つての患者さんに対する啓蒙活動
 - ・当クリニックのホームページの充実
 - ・関西乾癬サポートシステムでの病診連携・治療内容の解説
 - ・会報での乾癬ワンポイントアドバイスの執筆

今後の取り組み(2)

- 3) 学会・企業の講演会での医師に対する啓蒙活動
 - ・光線治療器の普及。
 - ・乾癬の治療方針の組み立て方のアドバイス。
- 4) クリニックにおいての乾癬患者さんを対象にした勉強会
 - ・大阪乾癬友の会への入会のきっかけになるか？

発について協力してほしいという話があります。治験というのはまだ国が承認していない開発段階の薬なのですが、私の所は患者さんが多いので、患者さんにお願ひして少し使つて頂くということもあります。今ある薬で最大限の効果を出そうということ。メーカーさんも色々試行錯誤されています。そのお手伝いということ。こういう使い方をしてもらえませんかというふうに出やすい条件や使用方法など、何がいいのかということを探しています。また現在インターネットや乾癬の会の機関誌もあるのですが、私の所はホームページを使っていきます。当院のホームページに付随して東山先生がおっしゃった病診連携や治療内容の解説などを「関西乾癬」という私が勝手に付けた名前です。サポート用のホームページを作っています。「関西」と「乾癬」で検索して頂いたら一番上に来ると思います。



また会報の52号から後ろの方に欄を頂いて「乾癬ワンポイントアドバイス」というコラムを載せています。次はその②が出ると思います(53号掲載済み)。器械などが揃いましたので、色々企業さんから話して下さいという依頼が結構あるので、そういう所でセールスマンよろしく器械のメリット・デメリットを話すことが多いです。光線の器械をどのように外用や内服に組み合わせたいたら一番患者さんに合う治療が出来るのかというアドバイスを患者さんではなくて医者に対して説明することもあります。これは今後の課題なのですが、やはり二百数十人私のクリニックにいられているので、初診の患者さんに梯の会の用紙を配るようにしているのですが、なかなか入会して下さる患者さんはおられません。いきなりこういう場に来ることに抵抗があるのなら、うちのクリニックで似たよ

うな小さな会を催して、ある程度障壁を取り除き、こちらの会へというふう
に段階を踏めばもう少し入会して下さ
る患者さんが増えるかなあという私な
りの考えです。

病診連携で私の所のような診療所が
大学病院や日生病院を紹介する時は生
物学的製剤を使ってもらう必要があつ
たり、入浴して紫外線を当てるとい
う治療が必要であったり、安静が必要
な患者さんの場合です。逆に私の所には
器械がある程度揃っているため、紫外
線を照射して下さいという症例や、皮
疹面積が減少してある程度良くなった
ので、外用でどうぞという症例など、
なかなか通院できない方々を紹介して
頂いています。病院によるとやはり得
意不得意の分野があるので、乾癬が重
度になれば大学病院を紹介している所
もあるかもしれません。阪大は吹田に
あり、なかなか通い勝手の悪い所なの
で、市内の病院に行ってくださいとい

民間療法



ことがあるかもしれません。

最後に

これはかなり以前に患者さんから頂
いたスライドでいつもこういふ会の最
後にお見せすることになっています。私
達も一生懸命治療させて頂いているの
ですが、治療効果が出ないと、患者さ
んは一発大逆転を狙って科学的根拠の
ない治療を行う施設に向くケースが
あります。わざわざ東京まで通い、傷
をつけて血を吸い出す治療を受けてい
る様子です。全然良くなるはずがない
のですが、やはり患者さんによれば、
このような所に走る方もおられること
が事実としてあります。こういう患者
さんを減らすためにも私達がこういう
会で病気に対して正しい知識をアナウ
ンスしていかないといけないと改めて
思っております。



山口県乾癬患者会の創立式典参加記

大阪 長生

たくさんある患者会の一つ一つにはそれぞれ患者と家族、そして医療関係者の想いが込められていると思います。大阪乾癬患者会に所属して間もない私ですが、今回そうした患者会設立の背景について触れる機会をいただきました。

山口大学医学部の「霜仁会館」に設けられた会場には30名以上の参加者が集い、群馬大よりお越しいただいた安部先生の講話「乾癬の都市伝説」を心から楽しんでいらっしゃいました。また相談医の山口先生の柔らかい言葉や雰囲気、そして全国18番目の乾癬患者会として新たな絆を深めようとする上野会長と中野事務局長の温かい心意気が会場に満ちていました。

当日会場での質問からは、多くの人が生物学的製剤について関心を持っておられることがわかりました。あつというまに乾癬の症状が改善したり寛解したりする生物学的製剤ですが、たしかに生活品質の回復と治療コストの間で悩むところです。

私も乾癬と関節症の痛みで帰国後に引きこもる中で、人生とコストをかけた治療もうまくいかず、心身ともにひどく病んでいました。ようやく症状も落ち着いてきまして、臨時任用ですが仕事に就くことができました。私は「日常生活や仕事への動きにつなげる一歩。」と思いながら、三種類目の生物学的製剤の治療を続けています。合言葉は「いつする?…今でしょ。」

患者会では多くのイベントを企画して、毎月の楽しみを生み出そうと工夫を凝らしています。全国の患者会でも、それぞれ意義のある活動とともに充実した治療につながる情報や医師との良好な関係を築くために連携を深めています。

こうしたなかで新たに山口乾癬患者会が創設されたことは、とても心強いことです。未だ私は病み上がりの若輩者ですが、大阪患者会の一員として創立式典に参加できて多くのことを学びました。これからもよろしくお願ひいたします。

乾癬の治療を考える…⑥

生物学的製剤「レミケード（インフリキシマブ）」

大阪大学医学部皮膚科学教室 助教

谷 守



以前も紹介しましたように、乾癬治療はみなさんご存知のように「生物学的製剤」Ⅱ「抗体療法」の出現により、医療体制にも大きな変化が見られるようになったと感じます。その最初の治療薬として登場したのがレミケードということになります。レミケードはインフリキシマブという一般名の注射薬で、発売は2002年になります。クローン病という免疫が関与する炎症性腸疾患に対して承認されその翌年に慢性関節リウマチに適応が承認されました。どちらの疾患も免疫が異常な働きをして起こってくる疾患で、承認前は治療に難渋していた患者さんの症状を劇的に改善することができ、炎症性腸疾患やリウマチの分野でも大きな治療の改革が起こったといえましょう。

さて、乾癬に対しては、はや3年、はやというべきかどうかはいろいろ意見がありますが、2010年に厚生労働省の承認を得ました。前回紹介しましたヒュミラと同時承認となったということも含めて、ある程度みなさんも主治医の先生方からのお話を聞いたりしていると思います。ここに書かれていることぐらいご存知の方もおられるかもしれませんが、あらためて乾癬に対するレミケードについて、長短所を交えて紹介いたします。

レミケードはTNF α （アルファ）を抑えることで様々な炎症反応を抑える役割をします。炎症反応はもともと、体を襲う病原体をやっつけるための（疫を免れるⅡ免疫）システムですから、体にとつては必要な因子であることを前提とします。TNF α はその炎症を起こすときに必要な因子ですが、逆に過剰な炎症や方向性の間違つた炎症により乾癬やリウマチなどの病気、または生活習慣病といった病態の要素になっているということがわかってます。これはヒュミラも同じものをターゲットにしている薬ですので、以前紹介した内容の塗り直しになりますが、現在このTNF α を目標にしている薬はいくつか増えておりますが、乾癬には2種類の薬剤のみが適応をとっております。ただし、乾癬には病型があることはご存知と思いますが、尋常性乾癬、関節症性乾癬、膿疱性乾癬、乾癬性紅皮症という病名にすべて適応があるのはレミケードだけになります。適応症は一番広く承認されている薬ということになります。実際の効果は他の薬剤でも、ヒュミラは関節症性乾癬にも適応があり、ステララーラでもある一定の効果があることは付け加えておきます。

投与に関して、ヒュミラ、ステララーラは皮下に注射する（皮下注）方式ですが、レミケードは血管（静脈）に注射する方式です。体重あたり5mg/kgという設定になっており、投与量は体重により変動します。これは後述しますが、薬剤費において個々の差が生まれることとなります。いわゆる点滴注射という方法で皮下注に比較すると投与に時間がかかります。投与するときに注意する点は投与時反応というものがあり、投与中にしんどくなつたり（ショック状態のようなもの）、熱や蕁麻疹が出たりすることがある。気を付けなければいけない副作用ですが、投与スピードの調整や前投薬の使用などにより、軽減して安全に使用することができるとは多いです。薬を初めて使う時に2日ほど入院して、安全性を確認して2回目から外来で投与するようにするのが、望ましいと考えております。外来での投与は、阪大では化学療法室を利用して点滴を安全に行える環境を確保しています。大体2時間の投与でその間はリラックスして治療を受けて頂いている方が多いようです。つまり、時間はかかりますが一つのゆっくりする時間として考えると、有意義な時間として考えて頂けるか？

と思います。化学療法室はもとと外来で抗癌剤を投与する方が中心でしたが、免疫疾患の抗体療法は化学療法室を利用するようにしている施設も多くなっているとされます。システマチックに企画されているので、患者さんはリラクセスして治療を受けることができる環境が整えられております。

また、その静脈（血管内）投与の特性がもたらしている効果の特徴は、効果の出現の速さです。他の薬剤を使用して出てくる効果が月単位で判断することが多く、比較すると個人差はありますが週単位で効果が出ることもあり、投与開始して数日で効果を感じる方もおられます。しかし、慢性持続する乾癬で効果の速さが必要かどうか？治療効果が最終目標として皮膚の改善度であるとするならば、特に大きな薬剤間の差はないとされており、ヒュミラ、ステラーラ、レミケードの選択ではどれを選択するという意味では、投与の簡便さ、投与間隔の長さなどが特徴になります。乾癬治療では、飯塚先生のピラミッド計画という乾癬界？では非常に有名な三角形の図を一つのモデルとして治療選択が考えられてきました。底辺に位置するのが外用治療で、重症になればピラミッドの頂点に向かって治療を進める。光線治療、内服治療、最後に生物学的製剤と位置付けられております。これはモデルであって実際の診療ではさまざまな治療

状態の患者さんがおられて、治療法が増えることでバリエーションもいろいろに広がっていると考えられます。ここで、従来治療の先端を担ってきた全身治療の中で、免疫抑制剤（シクロスポリンA、ネオoral）を使用していた場合、この薬剤も非常に効果が高いのですが、副作用などで治療変更をする場合が生じたとしましょう。治療変更後にネオoralの効果も切れてくる前に、次の治療が効果あればいいですが、治療効果の速さのある薬剤でないと変更時に悪化してしまうことも懸念されます。皮下注射剤と比較すると、やや効果発現の速さが有利になっているのが、血管内投与するレミケードということになります。抗体というものは構成が一般的にタンパク質でできております。レミケードはその抗体を製造する上で、抗体の一部にマウスのタンパクが入っているものです。それを、「マウスとヒトのキメラ抗体」という

名前と呼びます。キメラ抗体は抗体自身のもつ抗原性が高く、その抗体に対する抗体が作られることが効果を下げると言われてきました。正確なことは不明な点も多いですが、実際はじめは非常によく効いていたのに、効果が落ちてくる患者さんが時々観られます。これは「効果減弱」「二次無効」という現象で、先ほど挙げました「キメラ抗体」が投与を受けたヒトの体の中で、異物として認識されると、「抗抗キメ

ラ抗体抗体」が出来てしまう、それは抗体が抗体を無効にしてしまうというややこしいことが起こります。この「効果減弱」「二次無効」は当然リウマチやクローン病といった他の適応症にも見られ、その領域では投与を増量することができるよう承認されておりますが、まだ乾癬ではできないことになっていきます。これからの医療側の努力が状況を変えるかもしれません。他の薬剤（メソトレキセートなど）との併用が、効果減弱を改善するとの話もありますが、保険適応がない現状では詳細には触れないでおきます。投与間隔が維持期には2か月に1回になっておりますが、間隔を開けすぎると抗体産生が見られるようになるとも言われてますので、投与開始後は規則正しい投与が望まれます。症状が改善すれば投与をやめることができるかどうかは、いまのところは続けることが望ましいと思われれます。

副作用に関しては、前回にも示しましたように、感染症の合併が問題で、特に結核に関しては自覚症状なく罹患していることもありますので、投与前に必ず結核の検査が必要で、症状がなくなるとも結果で結核が疑われるようであれば、抗結核剤の治療を併用して、再燃がないかを確かめていく必要性（胸部レントゲン、胸部CT検査など）があります。その他、B型肝炎ウイルスの再活性化も気を付ける必要性も勧告

が出ています。実際に投与を受ける際に検査によるフォローを相談してください。医療費に関してはやはり高額で、前述の体重あたりの投与量の設定になるので、体重が重いのは投与量の増加になり、金額も高くなります。しかし、ヒュミラの回にも紹介しましたが、高額医療費負担制度があり、70歳を境にした年齢と収入により、ある程度一定の医療費を超えた場合はその医療費は公的資金により補填されるという救済があります。それでも比較的高額であるという事実ですが、そういった制度も利用して経済的側面もクリアして治療に臨みたいものです。生物学的製剤（バイオロジクス）の登場は乾癬の治療に大きな影響力があるといえますが、完全にでなくなる治療ではありません。病気それぞれに特徴があると思いますが、症状が軽くなっても何らかの治療を続ける必要があるのも事実ですし、軽い症状であると高額で副作用が出るかもしれない治療を選択するのも割が合いません。ただ、既存の治療だけに頼って長期になつてくると、経済面だけでなく副作用の面で治療がやりにくくなつてくるのも事実です。

選択肢が増えることはそういった状況を打破できる道筋が増えることと考えます。広く知識を深めて、ともによい乾癬治療を目指してまいりたいと思います。有難うございました。



その④…「皮疹の分布状態に注意！」

小林皮フ科クリニック 小林照明

今回は皮疹の分布について一言。

乾癬の皮疹の分布はかなり個人差がありますが、それでもいくつかの特徴があります。最初に皮疹の見られる場所は、約3割の方は頭部から始まると言われています。このため頭部に生じやすい疾患である脂漏性湿疹と診断されたり、どちらか鑑別のつき難い患者さんもおられます。ただある程度症状が進むと、脂漏性湿疹は黄色っぽいフケが付着するのに対して、乾癬の場合は白い細かなフケが付着していることが多く、頭から連続した皮膚症状が額や耳回り、うなじに広がっていることがあるのも特徴の一つです。

頭以外では、肘・膝・腰まわりなど衣類と擦れやすい所や、ベルト・下着などで圧迫される腹部、女性の胸部にも出やすい特徴があります。また靴下のゴムが当たる脛の部分に見られることも多いです。

仕事との関連も深そうです。タクシーの運転手さんは長時間座っているため、お尻から太ももの後ろに頑固な皮疹が見られることがありますし、サラリーマンの方はきついワイシャツやネクタイのため首から肩周りにかけて皮疹が出ていることがあります。また体型による影響もあると思われます。例えば肥満体系の方はベルトで締め付ける腹部や、太もも同士が擦れてしまう太ももの内側、腕と胸の擦れる脇周囲に見られることが多いように感じます。また痩せている方は骨の飛び出した、腰骨や背中肩甲骨周囲、及びその他の関節周りにも出やすいようです。

日常生活での刺激や擦れによって皮疹が出た部位は治療効果もなかなか現れにくい場合が多く、普段から刺激を与えないような注意も必要になってきます。

皆さんも改めてご自身の皮疹の分布の状態を入浴前にも鏡でチェックし、上記のようなケースが当てはまらないか確認しては如何でしょうか。



(小林皮フ科クリニック…大阪市淀川区三国本町3-37-35 阪急宝塚線三国駅下車)

大阪乾癬患者友の会(梯の会) 顧問・相談医一覧

名称	名前	所属・関連病院	住所
顧問	吉川邦彦先生	大阪大学名誉教授	
相談医	東山真里先生	日生病院	大阪市西区立売堀6-3-8
	片山一朗先生	大阪大学医学部附属病院	吹田市山田丘2-2
	乾重樹先生	大阪大学医学部附属病院	吹田市山田丘2-2
	吉良正治先生	市立池田病院皮膚科	池田市城南3-1-18
	谷守先生	大阪大学医学部附属病院	吹田市山田丘2-2
	川田暁先生	近畿大学医学部附属病院	大阪狭山市大野東377-2
	松田洋昌先生	近畿大学医学部附属病院	大阪狭山市大野東377-2
	東森倫子先生	近畿大学医学部附属病院	大阪狭山市大野東377-2
	梅垣知子先生	大手前病院(現在海外滞在中)	大阪府中央区大手前1-5-34
	小林照明先生	小林皮フ科クリニック	大阪市淀川区三国本町3-37-35
	中村 敏明先生	なかむら皮フ科	大阪市西区西本町3-1-1
	辻 成佳先生	星ヶ丘厚生年金病院	枚方市星丘4-8-1

お知らせ

★編集局では皆さんの原稿を募集しています。乾癬についての自分の体験、自分が行っている治療法、日常生活で心がけていること、乾癬治療に役立った事、その他何でも構いません。エッセイ・詩・短歌・俳句などもぜひ投稿してください。お待ちしております。

★「PSORIA NEWS」では「乾癬Q&A」コーナーを設けています。症状や治療法、薬など乾癬に関する質問がありましたら編集局までお寄せ下さい。代表的な質問などを選んで、相談医の先生方に会報上で答えて頂きます。

★「大阪乾癬患者友の会」の幹事会は全て会員や相談医の方のボランティアで成り立っています。会では幹事になって頂ける方を募集しています。幹事の人数が少なく大変困っています。自分のやれる範囲でももちろん結構ですから、ぜひお手伝い下さい。当面次の仕事をお手伝い頂ける方を探しています。 1) 定例総会等行事のボランティア 2) 会報送付作業のボランティア 3) ホームページ管理等のボランティア 4) 幹事会参加メンバー(5名程度)

ホームページのご案内

大阪乾癬患者友の会(梯の会)では、ホームページを作成・運用しております。乾癬についての治療法・薬・生活上の注意や総会のお知らせ・会報の抜粋・掲示板・乾癬関係のホームページへのリンクなどが掲載してあり、役に立つ情報が一杯です。ぜひ御覧になって下さい。ホームページアドレスは下記の通りです。



<http://derma.med.osaka-u.ac.jp/pso/>

会員の皆さまへ 会費納入のお願い

年会費を下記の要領で徴収させていただいております。より充実した会の運営のため何卒、ご理解のほど宜しくお願いいたします。

会 費：年間 3000円

納入方法：郵便振替

納入期限：毎年3月末日までに納入お願いします。振込用紙に必要事項を記入のうえ郵便局の振り替え口座に振り込みをお願いします。会費につきましては、未納の場合、自動的に退会となります。郵便振替 口座番号：0920・2・155745「大阪乾癬患者友の会」

プソリア ニュース 「PSORIA NEWS」 第55号 2013年(平成25年)4月発行

発行：NPO法人 大阪難病連
大阪乾癬患者友の会(梯の会)
事務局：550-0012大阪市西区立売堀6丁目3番8号
日本生命済生会附属日生病院皮膚科内
TEL 06-6543-3581
E-mail
info-psoria1@derma.med.osaka-u.ac.jp

2013年 大阪乾癬患者友の会 幹事

会長	: 岡田	会報編集	: 長生	幹事	: 武居
副会長	: 妻木	広報・難病連	: 宮崎	幹事	: 北浦
副会長	: 吉岡	女子会	: 吉田	幹事	: 斉藤
事務局長	: 中山	幹事	: 池内	幹事	: 南
会計・イベント	: 桔梗	幹事	: 山田	幹事	: 田崎
監査・難病連	: 加納	幹事	: 高橋		
会報編集	: 小林				