

マルホ皮膚科セミナー

2011年12月8日放送

「疥癬治療の問題点」

九段坂病院 皮膚科
顧問 大滝 倫子

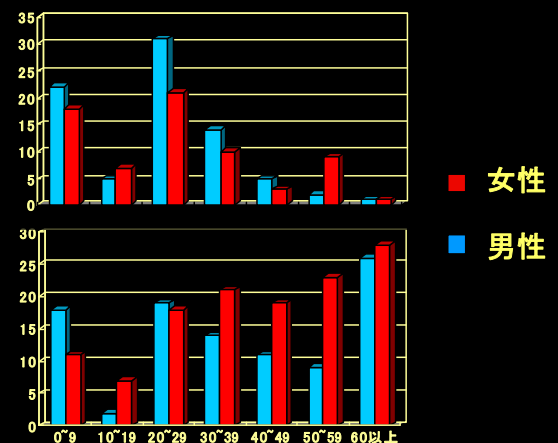
1: 発症は全世代に及ぶことを忘れない

疥癬が今日のテーマですが、疥癬とは小さなダニが人の皮膚の最外層である角質層に寄生しておこる、かゆみの強い皮膚疾患であります。人から人へと感染が広がる感染症でもあります。この疾患は今から36年前の1975年頃より国内ではやり始めました。流行初期には性感染症として国内に入り、その頃の発症者は二十歳代の男女と乳幼児が大多数を占めていました。ところが年を経るに従いじょじょに高齢者の罹患が多くなり、近年では高齢者の疾患と見なされているようです。しかし、ごく最近の傾向として、乳幼児間の集団発生の報告も次々と目に付くようになってきております。診察に当たって、疥癬は高齢者だけの疾患と思い込んではいけません。全世代に及ぶ感染症であることを常に忘れないようにしましょう。なお、乳幼児



流行初期(1975~1977年上)と最近(1991~2001年下)の年齢別性別疥癬患者数の比較

症例数



の疥癬の皮疹と成人との相異点は乳幼児では顔面、頸部にも丘疹や疥癬トンネルをときに発症することです。

2：感染経路もさまざま

次にこの疾患の感染経路ですが、大きく分けると直接経路と間接経路があります。流行初期には前にのべましたように、性感染症として始まったことが示すように同棲、同衾などによる直接接触が主な経路でした。しかし一方では仮眠室、当直室のベッドを介した間接経路による感染が多かったのも事実です。近年では当直室の衛生管理などが進んだためか、注目を浴びなくなってきた。しかし、昨今でも時に経験することがあるので、このような経路のあることも忘れてはいけません。

もう一つの大きな感染経路は角化型疥癬からの感染です。角化型疥癬は、以前にはノルウエイ疥癬と呼ばれたもので、なんらかの免疫低下に伴い発症し、感染力のきわめて強い疥癬です。多くの高齢者施設での疥癬の集団発生のほとんどがこの角化型疥癬を感染源としたものです。この感染経路は角化型疥癬患者から、生きたダニを多数内包した落屑の飛散し感染がおこるのです。

一方このように生存者からだけでなく、死者からの感染例も時に経験することもあります。おくりびとへの感染、そこからの拡大などです。このような経路はヒゼンダニの持つ温度走性によるものと考えられます。ヒゼンダニを用いた実験に次のようなものがあります。中心を室温に、右を体温、左を室温以下に設定した場の中心に

ヒゼンダニを置くと右の体温側に移動するという実験がある。暖かいと活動性を増すこともこのダニの特性であります。最近経験した壮年男性間の集団発生例は会社の男性トイレでの温便座を介したもので一種の間接経路による感染です。これもヒゼンダニの温度走性によるものと推定されます。温便座などなかった時代には考えられない感染経路でありましょう。

感 染 経 路

普通の疥癬から

直接経路：性感染症

雑魚寝

間接経路：寝具、衣類（稀）

角化型疥癬から

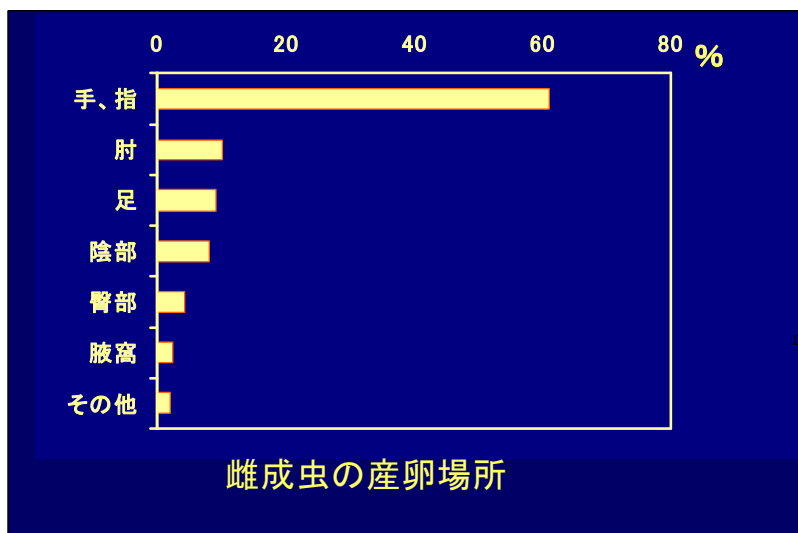
直接経路、間接経路

ヒゼンダニを内包する落屑が飛び散る

3：診断の問題点

次に診断の問題点を考えてみましょう。疥癬の診断は疥癬トンネルを見つけて、ヒゼンダニを検出、特定することです。疥癬トンネルが見つければ、半ば診断はついたようなものです。どこを探すかですが、疥癬トンネルの好発部位は手や指で、全体の6割はこの部位にあるといわれています。しかしクロタミトン（オイラックス）などを

部分的塗布し、この部位に限って皮疹を欠くということも少なくはございません。最近経験した症例では大腿部に疥癬トンネル1箇所が唯一の診断根拠だったということもございます。診断に当たれば手指に限らず全身を隈なくみるのが必須でありましょう。男性が外陰部に痒みを訴えたら、まず疥癬を疑えと Alexander らは述べています。男性の臀部、外陰部をみのがさないことが大事かと存じます。近年女性の皮膚科医が増えていますが、とにかく男性患者はこれらの部位を女性に見せたくない傾向が強いです。しかし皮膚科医である以上はダーモスコープを片手に持ち、しっかりと全身の皮膚を観察しなければいけません。また乳幼児、寝たきりの高齢者では手や指ばかりでなく、足せきにも疥癬トンネルが見つかることが多いので、足をみのがしてはいけません。そのほか、確か、臍部、結節の上など様々な部位に疥癬トンネルは見つかります。疥癬を疑ったら、疥癬トンネルが見つかるまで全身を捜せというのが原則でありましょう。「疥癬の診断は難しくて、易しい」という言葉が身にしみますね。



4：治療上の問題点

第4番目に疥癬の治療の問題点について、述べてみましょう。2006年より疥癬の治療に内服薬のイベルメクチン（ストロメクトール）が導入されて以来、疥癬の治療も大幅に様変わりしましたが、なお解決されるべき問題点を多々残っております。第一はイベルメクチンを何時服用させるかという点です。本剤は油性薬剤で食直後の服用では空腹時服用に比較して、血中濃度が2.6倍となることが証明されています。また半量の食後投薬で治療効果はもとより安全性にも問題のないことを証明している報告もあります。一方、業者側の意見では食後投与の安全性は確定されていないので、空腹時投与を守りたいということであり、このことは今後の研究課題です。

第二は投薬間隔の問題です。本剤は卵には効きません。したがって100%の効果を期待するには、2回の投薬が必要となります。本剤は糞線虫の治療を目的として治験が行われ開発されました。その結果、2回の投薬間隔が2週間とされています。能書でもそのように書かれています。治療薬の本にもそのように記載されています。そして多くの施設でも2週間間隔の投与を良しとしています。しかし投薬の対象が糞線虫ではなく、ヒゼンダニの場合では、これは誤りです。何故ならば、ヒゼンダニの生活環は10日から2週間です。1回目の投与で生き延びた卵は2週間の間に幼虫、成虫を経て卵へと生き延びてしまうのです。実際に2週間間隔で2回投薬された症例で数ヶ月後に再燃した症例を多く経験しております。2回の投薬間隔は1週間としなければなりません。

第三番目にあげられるのは、イベルメクチンが効かないという問題です。私共が行った高齢者での治癒率は2回1週間間隔投薬で75%でありました。これは薬剤の吸収などに問題があることが考えられます。また角化型疥癬では経口摂取した薬剤が厚い角質層に届かないことも考えられます。さらにステロイド外用、内服治療を受けている患者、制癌剤投薬中の患者、透析患者なども一般に効きにくいです。また胃ろうからの投薬患者も何故か効きが悪いです。これは投薬方法に問題があるようです。一方効かないと誤解されている症例もある。一つは、疥癬ではなかったのにイベルメクチンが投薬されていた症例で、効くわけがありません。二つ目は併用された外用薬に接触皮膚炎を起こし効かないと思われていた症例、三つ目はヒゼンダニの生死の判定ができない症例、比較的多いのは四つ目の症例で後遺症を未治癒とする例であります。ヒゼンダニ死滅後もかゆみや結節は長く残ります。結節は長いと1年近く続くことがあります。治癒後、手や指に数ヶ月後に発症する小水疱、小膿疱などが再発を疑わせるに充分です。これらには当然イベルメクチンは有害無益です。治癒判定をあやまらないことが大事です。

さらに問題となるのは副作用です。おおくは内服2~3回目に発症します。びまん性紅斑など軽症のことが多いですが、一見多型紅斑様を呈することもあります。このような皮疹は一挙に死滅したゼンダニに対するアレルギー反応と考えられています。

治療上の問題点で一番大きなことはイベルメクチンが投薬できない患者の治療であります。体重15kg以下の乳幼児、妊婦、授乳婦、肝臓障害や髄膜炎患者、また実際に経口投薬できない患者などでは外用薬を用いることとなります。しかし、

投薬方法

1回投薬量: 200 μ g/kg
体重60kgで4錠(12mg)

投薬間隔: 1週間とする

投与回数: 普通の疥癬 1~2回
角化型疥癬 2回以上

投薬対象: 疥癬患者、ただし体重15kg
以下の乳幼児、妊婦、授乳
中の婦人を除く

国内で製品になっていて、使いやすく毒性の低い有効な外用薬はほとんどないのが現状です。欧米ではペルメトリンクリームが低毒性、有効性などで第一選択薬となっていますが、国内で使う場合には医師による個人輸入が必要な上に保険は適応されていません。幸い本年度、ペルメトリンと同系統のフェノトリンローションが疥癬に対して治験の段階に入っております。数年のうちには低毒性で高い効果を持つ外用薬として疥癬に安心して使えるようになるのではないかと期待されます。