

電撃性痤瘡 (Acne Fulminans) の一例

宮岡 由規¹⁾佐川 禎昭¹⁾長田 淳一²⁾宮 恵子²⁾佐藤 幸一²⁾藤井 義幸³⁾

1) 小松島赤十字病院 皮膚科

2) 同 内科

3) 同 検査部

A case of acne fulminans

Yuki MIYAOKA¹⁾, Yosiaki SAGAWA¹⁾, Junichi NAGATA²⁾, Keiko MIYA²⁾, Kouichi SATOU²⁾Yosiyuki FUJII³⁾

1) Division of Dermatology, Komatushima Red Cross Hospital

2) Division of Internal Medicine, Komatushima Red Cross Hospital

3) Division of Pathology, Komatushima Red Cross Hospital

要 約

22歳、男性。平成6年11月、急性胆汁鬱滞性肝炎で副腎皮質ホルモン剤の内服治療により、顔面から前胸部、背部にかけ痤瘡様皮疹を認めていた。7ヶ月後、肝炎の病状は比較的安定し、副腎皮質ホルモン剤は減量投与されていたが、突然、発熱、関節痛、白血球増加、CRP上昇、赤沈値の亢進といった全身症状の悪化とともに膿疱、潰瘍、瘻孔、癬痕と多彩な皮膚症状を呈する様になり、電撃性痤瘡 (Acne fulminans) と診断した一例を経験したので報告した。

キーワード：電撃性痤瘡, Acne fulminans, ステロイド痤瘡

はじめに

電撃性痤瘡 (Acne fulminans) は、発熱、関節痛などの全身症状を伴う痤瘡の最重症型で、非常にまれな疾患である。今回、我々は急性胆汁鬱滞性肝炎にて副腎皮質ステロイドホルモン剤内服中、本症を発症した一例を経験したので報告する。

症 例

患 者：22歳、男性。

初 診：平成7年2月16日。

主 訴：顔面、胸背部の丘疹、膿疱、潰瘍。

既往歴：平成5年、胸部のケロイド。

家族歴：特記すべきことはない。

現病歴：急性胆汁鬱滞性肝炎のため、平成6年11月より内科にて酢酸プレドニゾロン60mgの内服

治療を受けていた。平成7年2月頃より顔面、胸背部に痤瘡様皮疹が出現するようになり、2月16日当科紹介された。ステロイド痤瘡と診断し、治療にて症状は安定していた。内科的にも経過良好で、酢酸プレドニゾロンの投与量は、6月14日から、5mg/日に減量されていた。

しかし、6月20日、突然38℃の熱発を認め、皮疹は激しい疼痛を伴い電撃的に増悪し、同日当科再診となった。

現 症 (図1)：(6月20日時) 胸部、背部、腹部、上腕に癒合性、暗紫紅色の有痛性、隆起性浸潤性紅斑があり、その中に米粒大から小豆大の膿疱、丘疹、硬結、潰瘍、癬痕、痂皮が混在している。これらの皮疹は深部で交通して瘻孔を形成し、膿汁排泄を認める。顔面は膿疱、丘疹を認めるが、程度は軽い。体温38℃。両側肘・仙腸関節痛あり。両側頸部リンパ節を数個触知する。また、胸骨部

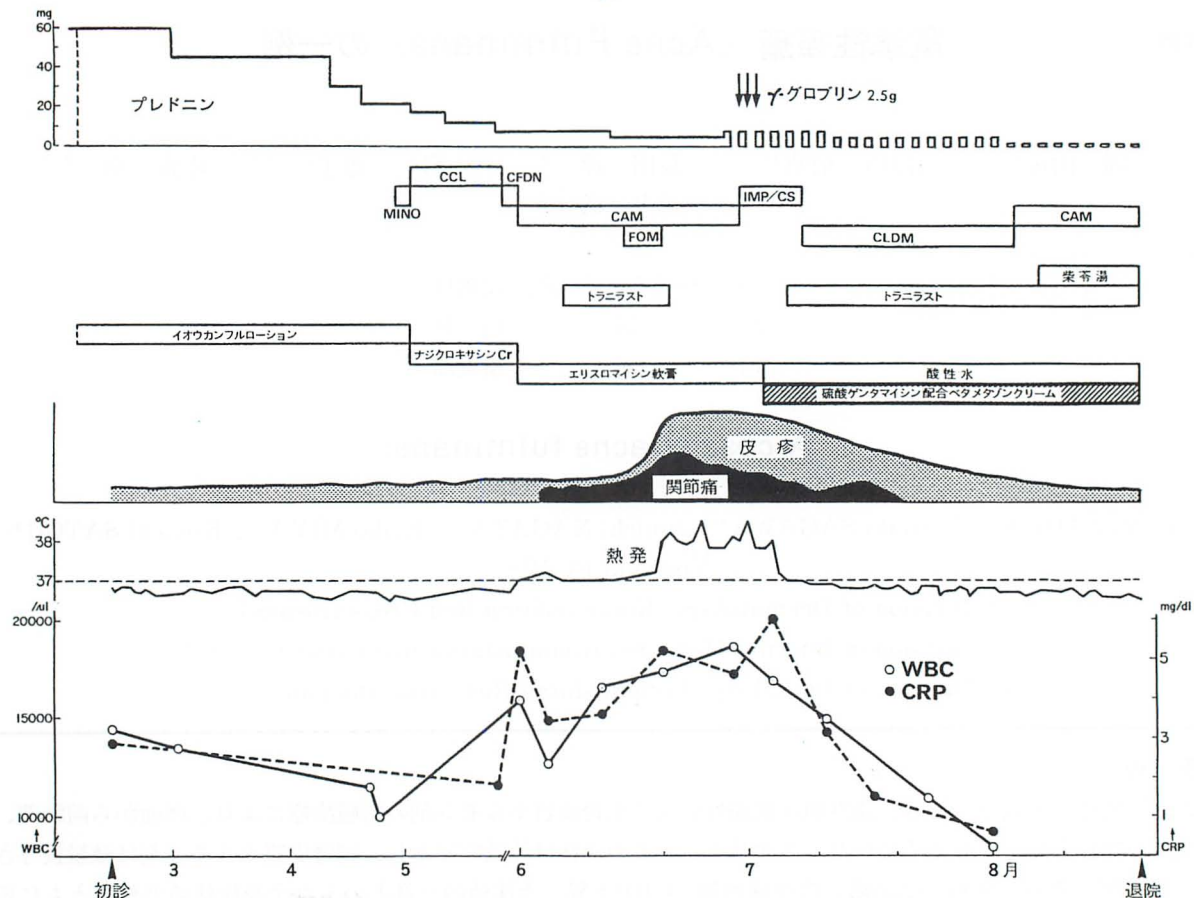


図3. 経緯および治療

にケロイドを認める。

検査成績：(6月20日時) 血液像：赤血球 $429 \times 10^4 / \mu\text{l}$ ，血色素量 $13.0 \text{ g} / \text{dl}$ ，白血球 $17300 / \mu\text{l}$ (好中球87%)，血小板 $32.9 \times 10^4 / \mu\text{l}$ 。血液生化学：総蛋白 $7.2 \text{ g} / \text{dl}$ ，GOT $114 \text{ IU} / \text{l}$ ，GPT $195 \text{ IU} / \text{l}$ ，ALP $1216 \text{ IU} / \text{l}$ ， γ -GTP $661 \text{ IU} / \text{l}$ ，LDH $366 \text{ IU} / \text{l}$ ，総ビリルビン $1.2 \text{ mg} / \text{dl}$ ，免疫グロブリンIgG $1940 \text{ mg} / \text{dl}$ ，IgA $381 \text{ mg} / \text{dl}$ ，IgM $98 \text{ mg} / \text{dl}$ 。CRP $5.2 \text{ mg} / \text{dl}$ ，赤沈：1時間値 99 mm ，2時間値 128 mm 。C₃ $189 \text{ mg} / \text{dl}$ ，C₄ $60 \text{ mg} / \text{dl}$ 。ACTH $14.0 \text{ pg} / \text{ml}$ ，コルチゾール $24.3 \mu\text{g} / \text{dl}$ ，テストステロン $5.2 \text{ ng} / \text{ml}$ 。細菌培養(膿汁)：表皮ブドウ球菌のみ検出。骨X線像、骨シンチ所見：異常を認めず。

組織学的所見 (図2)：背部の紅色丘疹より生検した。表皮内細胞浸潤を認め、真皮浅層から中層にかけ血管拡張とその周囲に好中球、好酸球、リンパ球の密な細胞浸潤がみられた。また毛包、脂腺周囲に著しい好中球を主体とする細胞浸潤が認められた。

治療および経過 (図3)：図に示す如く、各種

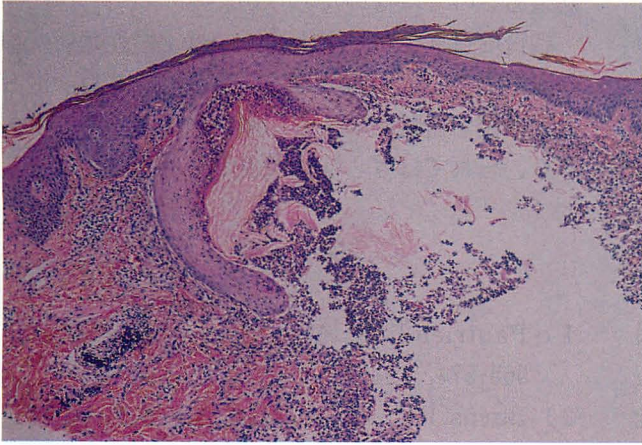
抗生剤、 γ -グロブリン製剤の投与を行ったが、臨床症状の改善は認められなかった。そこで7月3日より、面疱圧出器にて皮疹のデブリードメントと、超酸性水による洗浄、硫酸ゲンタマイシン含有吉草酸ベタメタゾンクリーム塗布を行った。3日後より解熱、皮疹の改善 (図4)、白血球およびCRP値の改善を認めた。

退院後、強い炎症のため、皮疹の存在した部位は瘢痕性ケロイドとなり、現在外来にてトラニラスト、柴苓湯の内服とPUVA療法を施行中である。

考 察

本症は、電撃的に有痛性の瘡瘡様皮疹が出現し、またたく間に膿疱、潰瘍化し、これらが集簇融合する。同時に、発熱、悪寒、全身倦怠感、体重減少、関節痛といった全身症状を伴う非常にまれな疾患である。ほとんどが10~20代の若年男性にみられる。臨床検査所見では、白血球の増加、貧血、赤沈・CRP値の亢進、顕微鏡的血尿を伴

図1. 憎悪時（6月20日）の臨床像▶



▲
図2. 病理組織▶

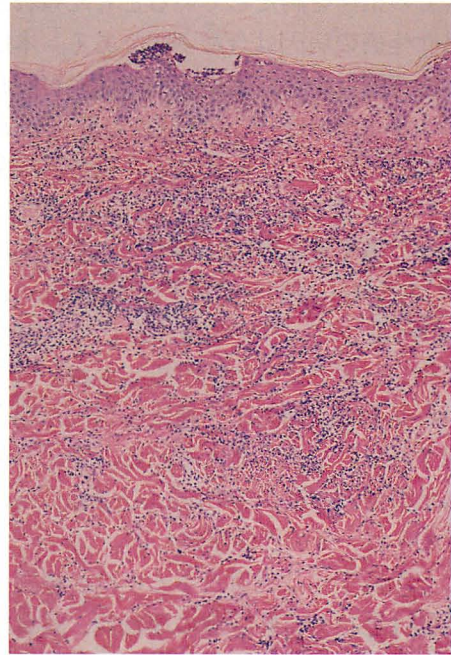


図4. 改善時の臨床像▶



うことが多いとされている。

1937年、Pautrier¹⁾により初めて発表され、1959年、Burns & Colville²⁾が同じ症例を報告してから、acute febrile ulcerative acne、systemic acne、acne malignaと様々な名称での報告が相次いだ。1975年、Plewig & Kligman³⁾によりacne fulminansと呼ぶことが提唱され、今日に至っている。

1971年、Kelly & Burns⁴⁾は本症の臨床的特徴として、1) 急激な発症。2) 重篤で、時に潰瘍を認めるが、嚢腫は伴わない。3) 発熱、多関節痛などの全身症状を伴う。4) 抗生剤投与が無効。5) ステロイド療法と壊死物質のデブリードメントが有効。と5項目を掲げた。自験例は、これら全ての条件を満たしていると考えられた。

電撃性痤瘡の病因は今だ不明である。本症の特徴的な検査所見から、感染症や敗血症が疑われるが、Goldschmidtら⁵⁾は自分達の症例と過去の症例を詳細に検討し、細菌学的には特異な菌種は検出されないとした。しかし、Naultら⁶⁾は骨融解を伴った電撃性痤瘡の一例を報告し、同症例の罹患骨からの細菌培養でPropionibacterium acnesを同定した。本症の発生前には、軽度の痤瘡が存在し、すでに抗生剤が投与されていることが多い。従って、細菌学的検索を行った場合、菌が証明されないことも考えられる。逆に、菌が証明された場合、皮膚からのcontaminationの可能性も考えられ、その評価が難しい。

また、免疫学的な異常とするには、根拠となる検査所見は乏しく、好中球の運動能、貧食能、遊走能は正常といわれている⁵⁾。

さらに、isotretinoin等の薬剤によって誘発されたという報告も少なくない⁷⁾。Traupeら⁸⁾は、テストステロン投与中に電撃性痤瘡を合併した3症例を報告した。この中で、彼等は、思春期における血中テストステロン値の上昇により、脂腺のアンドロジェンレセプターが活性化されることが本症の発症誘因であるとした。ACTH、男性ホルモン、グルココルチコイドの全身投与を長期間受けている人の約40%に、ステロイド痤瘡が生じることは良く知られている。投与量と投与期間が長いほど、その頻度は高くなる。Plewig & Kligmanによれば⁹⁾、副腎皮質ホルモンは、直接毛嚢壁に細胞浮腫と変性を起こし、毛嚢壁を

破壊した結果、面疱を形成する作用と、面疱惹起性物質に対する毛嚢の感受性を増し、間接的に面疱を形成する作用があるとしている。自験例では、大量の副腎皮質ホルモンを長期間使用しており、毛嚢壁へ強力なステロイドホルモンの直接・間接作用により、痤瘡が発現しやすい環境になっていたと考えられる。

電撃性痤瘡の発症原因の一つとして、ステロイド剤の投与による毛嚢、脂腺の活性化がtriggerとなっている可能性があると考えられる。しかし、本症の治療には副腎皮質ホルモン剤の内服が有効とされ、自験例においても、抗生剤は無効で、副腎皮質ステロイド外用剤が有効であった。Traupeらの3症例においても同様であった。これは、矛盾しているようであるが、副腎皮質ステロイドホルモンの強力な抗炎症作用が、本症に効果あるのではないだろうか。

副腎皮質ステロイドホルモンは、慢性難病疾患の治療薬として使われることが非常に多い。従って、今後も自験例のような症例に遭遇することもあり、忘れてはならない疾患の一つと言えよう。

文 献

- 1) Pautrier LM : Acta Derm Venereol 18 : 565-574, 1937
- 2) Burns RE, Colvill JM : Arch Dermatol 79 : 361-363, 1959
- 3) Plewig G, Kligman AM : Acne, Springer-Verlag, Berlin/New York : p33-36, 1975
- 4) Kelly P, Burns RE : Arch Dermatol 104 : 182-187, 1971
- 5) Goldschmidt H, Leyden JJ, Stein HK : Arch Dermatol 113 : 444-449, 1977
- 6) Nault P, Lassonde M, St-Antoine P : Arch Dermatol 121 : 662-664, 1985
- 7) Elías LM, Gómez MI, Torrelo A : J Dermatol 18 : 366-367, 1991
- 8) Traupe H, Mu"hlendahl KE, Bra"mswig J : Arch Dermatol 124 : 414-417, 1988
- 9) Plewig G, Kligman AM : Arch Dermatol Forsch 29 : 247-251, 1973