

よくみる下腿の皮疹？

「下腿潰瘍」と思うが ... ?

Question

この中で、どれが『うっ滞性下腿潰瘍』でしょう？

1



2



3



4



5



6



正解は次の頁へ ▶



11



10



6



8



7

正解は

1

うっ滞性下腿潰瘍



下腿潰瘍とは？

下腿にできる潰瘍の多くは、静脈の血行障害に伴うことで生じる。すなわち、静脈うっ滞が原因の“うっ滞性”潰瘍である。したがって、静脈瘤が多くの症例でみられ、静脈瘤症候群の一症状としても位置づけされている。

下腿潰瘍を起こす疾患の中で最も多いうっ滞性潰瘍とは？

下肢の主な静脈は、深部静脈系と表在静脈から成る。深部静脈系は下腿静脈～膝窩静脈～浅大腿静脈で、表在静脈系は大伏在静脈と小伏在静脈およびその枝である。静脈瘤は、この表在静脈系の内圧が上昇して、静脈が拡張、蛇行することで起こる。特に、長時間立位の職種や肥満の人、妊娠を繰り返した人では、静脈弁による逆流防止がうまく機能しなくなり、表在静脈が膨化し静脈瘤を起こす。加えて、足背から下腿下半分に浮腫、倦

怠疲労感を伴い、朝軽減、夕増強の日内変動がある。

皮膚症状は、静脈の血行障害と血漿成分の漏出から組織の線維化が起き、板状の皮膚硬化となる。また、静脈が膨化し軽微な出血を長期に繰り返すため、ヘモジデリン沈着が生じ黒褐色調でぶく光沢をもつ色素沈着局面を形成する。病初期では、硬化した皮膚に発赤や疼痛を伴い硬化性脂肪織炎 sclerosing panniculitis をみることがある。また血行障害から掻痒を感じ掻破から湿疹、皮膚炎を起こすことがしばしばみられ、うっ滞性皮膚炎といわれる。こういった状況下は、外的刺激に対する抵抗性に欠け、わずかな外傷、感染から皮膚潰瘍すなわち“うっ滞性下腿潰瘍”となる。こうして、表在静脈系のうっ滞から下腿潰瘍が起こるので、大伏在静脈の循環不全なら内踝上部に、小伏在静脈の循環不全なら外踝上部に、両方の場合には下腿の下1/3の全周性に下腿潰瘍をみる。潰瘍の大きさは大小さまざまで、しばしば融合している。また、潰瘍は境界明瞭で断崖状の辺縁を呈

し、潰瘍底は血行障害から不良肉芽を形成している。一度、拡張、蛇行した静脈が元に戻ることは

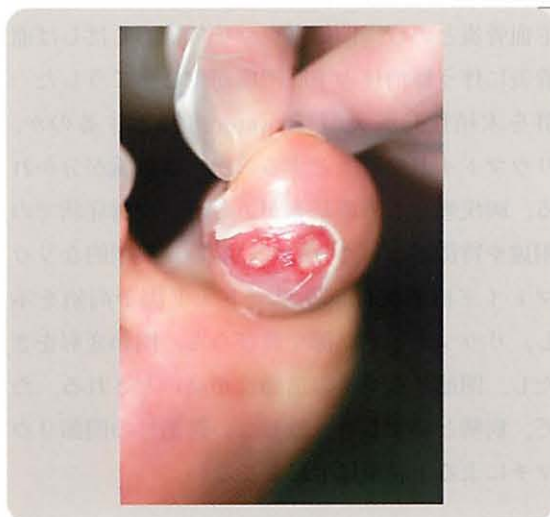
ないので、多くが長期かつ難治性の経過をたどる。

うっ滞性潰瘍との見極めが必要な疾患



2 末梢動脈疾患 peripheral arterial disease (PAD)

わが国では、閉塞性動脈硬化症 arteriosclerosis obliterans (ASO) といわれる。動脈硬化により、栄養血管である動脈に狭窄や閉塞が生じるのが原因である。動脈の虚血症状として間欠性跛行や安静時疼痛をきたす。足趾に潰瘍が引き起こされ、組織が壊死(壊疽)に至る。糖尿病、高血圧、高脂血症は、動脈硬化と関連が深い。特に糖尿病では神経障害を伴うことから、痛覚が鈍感になり、発見が遅れ、潰瘍を形成しやすい。経過が長く慢性に推移する静脈性の“うっ滞性潰瘍”とは異なり、動脈性のため経過は早く境界明瞭な黒色壊死を形成し、潰瘍周囲には黒褐色調でにぶく光沢をもつ色素沈着がない。足動脈(足背・後脛骨動脈)が触知できない点でも鑑別は比較的、容易であろう。



3 Buerger 病 (閉塞性血栓血管炎)

四肢の主幹動脈に閉塞性の血管全層炎をきたす。特に下肢動脈に好発。動脈性の虚血症状として間欠性跛行や安静時疼痛、虚血性皮膚潰瘍、壊疽(特発性脱疽)をきたす。発症には喫煙が強く関与し、喫煙による血管攣縮が誘因と考えられている。動脈硬化で高齢者に多い PAD とは異なり、40 歳以下の若年者に発生する。動脈性のため、潰瘍周囲には黒褐色調でにぶく光沢をもつ色素沈着がなく、境界明瞭な潰瘍を形成する。



4 壊疽性膿皮症

最も特徴的な臨床像は、潰瘍辺縁が赤紫色に堤防状に隆起していることである。皮膚病理組織像は非特異的であるので、臨床での見極めができないと壊疽性膿皮症そのものの診断が困難となる。多くは、急激に発症し、多発融合して多中心性の不規則な形の潰瘍を形成する。圧痛がありしばしば穿掘性である。基礎疾患をもつことが多く、潰瘍性大腸炎、Crohn 病、Behçet 病、Sweet 病、大動脈炎症候群、関節リウマチなどが知られる。



5 関節リウマチ (悪性関節リウマチ)

血管炎を伴う関節リウマチを、わが国では悪性関節リウマチと呼び、結節性多発動脈炎と同様に全身性症状をもつ全身性動脈炎型(Bevans 型)と四肢末梢皮膚などに限局した末梢性動脈炎型(Bywaters 型)に大別される。一方、国際的には関節リウマチに伴う血管炎を総称してリウマトイド血管炎という。関節リウマチでは、しばしば血管炎に伴う難治性の下腿潰瘍が生じ、こうした一群を末梢性動脈炎型(Bywaters 型)とするのか、リウマトイド血管炎とするのか、は議論が分かれる。両疾患とも診断基準があるが、皮膚症状での相違や特徴がはっきりしていない。典型的なリウマトイド血管炎は、リウマトイド因子高値を示し、リウマトイド結節や骨びらん、関節変形をきたし、関節リウマチの活動性が高いとされる。ただ、病勢と必ずしも一致しない難治性の関節リウマチによる下腿潰瘍も珍しくない。



6 皮膚型結節性多発動脈炎

皮膚病変を主体とし皮膚病理組織学的に真皮下層から皮下組織にかけて壊死性血管炎を呈する疾患をいい、全身性血管炎の症状をみない。ただ、関節痛や多発性神経炎は皮膚症状の随伴症状とみなされ、しばしば合併する。下腿潰瘍の周囲に網状皮斑(リベド)があれば、皮膚型結節性多発動脈炎を強く疑う。網状皮斑は、血管炎による循環不良からそれ以下の末梢血管に拡張が起き、その拡張した血管走行が表面の皮膚から“網の目状”、“樹枝状”に広がる赤褐色斑、として観察される。また、炎症が強い症例では潰瘍周囲が発赤、腫脹、熱感、圧痛を伴うし、慢性の経過をたどった症例では atrophie blanche (白色をした皮膚の萎縮性瘢痕)や炎症後色素沈着の混在をみる。抗リン脂質抗体の一つ、抗ホスファチジルセリン・プロトロンビン複合体抗体値を測定し、陽性であればより確実な診断となる。



7 抗リン脂質抗体症候群

抗リン脂質抗体によって、全身の動静脈に血栓を形成する。皮膚の動静脈に血栓を生じ、下腿潰瘍に至る。したがって、下腿潰瘍以外の皮膚動静脈血栓による症状が混在しているのが通常である。この下腿潰瘍以外の皮膚症状に注目する。特に、網状皮斑(リベド)が知られ、atrophie blanche (白色をした皮膚の萎縮性瘢痕)、浸潤や痛みを伴う紅斑、紫斑が認められる。皮膚型結節性多発動脈炎も抗リン脂質抗体が原因で発症することがほとんどであるので、両疾患は共通点が多い。リベド血管症も含め、一連のスペクトラムと位置づけておくと扱いやすい。



8 ANCA 関連血管炎 (特に顕微鏡的多発血管炎)

抗好中球細胞質抗体 (ANCA) による血管炎が全身に生じる。Wegener 肉芽腫症, アレルギー性肉芽腫性血管炎 (Churg-Strauss 症候群), 顕微鏡的多発血管炎の三疾患が相当する。日本人では, 特に顕微鏡的多発血管炎で下腿潰瘍をみることが多い。網状皮斑 (リベド) は, 血管炎による循環不良から生じるので顕微鏡的多発血管炎でもみられる。ただ, 多くが重篤な全身症状 (高熱や急激な体重減少) をもつので, 皮膚症状が主で来院することはまずない。しかし, 臨床経過が比較的ゆっくり進行し, CRP や赤沈, ANCA 数値が必ずしも高値でない, くすぶり型がある。その際, 皮膚症状が診断のポイントとなることがある。ANCA 測定をしておけば, この疾患を早期発見できる。



9 皮膚腫瘍

有棘細胞癌は不整形の腫瘍を徐々に形成するが, 長期の経過で腫瘍表面にびらんが生じ, 潰瘍化する。癌臭といわれる特有の悪臭を放つ。さまざまな前駆症が知られ, 熱傷瘢痕, 褥瘡, 慢性放射線皮膚炎, 癌病変として Bowen 病, 光線角化症, 白板症, 全身疾患として色素性乾皮症, 後天性免疫不全症候群, 慢性砒素中毒から有棘細胞癌に進行する。皮膚生検による病理組織にて, 癌細胞を確認する。未分化大細胞型リンパ腫, anaplastic large cell lymphoma は, Ki-1 (CD30) が陽性となる非ホジキンリンパ腫で, 最近, 多い。皮膚原発では, しばしば単発性で有棘細胞癌の臨床と類似しており, かつ有棘細胞癌と比較して進行が速いので, 下腿潰瘍の鑑別疾患の一つとして注意が必要である。皮膚生検で Ki-1 (CD30) 陽性細胞を確認する。



10 細菌感染症

皮膚の細菌感染症の大部分は連鎖球菌とブドウ球菌で、溶血連鎖球菌が真皮上中層に感染する丹毒、黄色ブドウ球菌が真皮深層から皮下組織に感染する蜂巣炎（蜂窩織炎）、溶連菌や混合感染によって浅層筋膜を中心として急速に拡大する壊死性筋膜炎などがあげられる。壊死性筋膜炎は、横紋筋融解が進むと急激に多臓器不全を起こして死亡する。こうした感染が表皮に及べば潰瘍を形成する。周囲に発赤、腫脹、疼痛、熱感などの感染徴候を伴う。バザン硬結性紅斑は、皮膚病変部に結核菌がいない結核疹の一つである。下肢に硬くふれる紅斑で、しばしば潰瘍を生じ瘢痕を残す。最近の検査（PCR 法）では、皮膚生検組織から結核菌が検出される。



11 低温熱傷

低温熱源による熱傷で、長時間の低温熱源の直接接触により生じる。湯たんぽ、懐炉、ストーブ、ホットカーペットなどの暖房器具が多く、糖尿病などの知覚低下、泥酔が背景となっていることがある。低温熱傷は極端に熱源の接触時間が長い場合、深い潰瘍を形成しやすい。

専門医に紹介した方がよい「下腿潰瘍」

PAD や Buerger 病などの動脈性下腿潰瘍は、動脈性のため境界明瞭な黒色壊死を形成し、潰瘍周囲に黒褐色調でにぶく光沢をもつ色素沈着局面

がない点や、糖尿病などの合併疾患の存在、足動脈（足背・後脛骨動脈）触知困難、などで鑑別は比較的、容易である。壊疽性膿皮症は、特徴的な臨床像である潰瘍辺縁の赤紫色堤防状隆起が、見慣れた皮膚科専門医でないと診断できない可能性が

高い。関節リウマチ(悪性関節リウマチ)、リウマトイド血管炎は関節リウマチに罹患していることで診断は可能であるが、治療が難治のことが多いので、組織での血管炎の確認も踏まえて、皮膚科専門医の指導を仰ぐべきである。下腿潰瘍の周囲に網状皮斑(リベド)をみた際には、皮膚型結節性多発動脈炎、抗リン脂質抗体症候群、顕微鏡的多発血管炎など ANCA 関連血管炎の可能性を感じる。ANCA を測定するとともに、血管炎の皮膚生検での検出が必要となるので、皮膚科専門医にまわしてほしい。細菌感染症は、周囲に発赤、腫脹、疼痛、熱感などの感染徴候を伴うことで鑑別できるが、バザン硬結性紅斑は、PCR 法や皮膚生検組織が必要となるので頻度は少ないが、皮膚科専門医に紹介すべき疾患である。低温熱傷は、十分な問診で対応したい。治療に反応しない皮膚潰瘍は、上記のさまざまな疾患を見落としていいる可能性が高いので、診断の確認も踏まえ皮膚科専門医に紹介すべきである。

うっ滞性潰瘍と診断した場合の治療

一度、拡張、蛇行した静脈が元に戻ることはない。治療は多くが長期かつ難治性の経過をたどる。表在静脈系である大伏在静脈と小伏在静脈

で生じた静脈うっ滞をとることに つきる。まず、長時間の立位・座位を避け、可能な限り安静、できればクッションなどで膝を軽くあげた状態で寝ているのがよい。入院して安静にしていれば、下腿潰瘍は縮小していく。静脈瘤の進行防止には弾性ストッキングを着用し、拡張、蛇行した静脈に圧迫をかける。

外科的治療法には大きく、表在静脈の抜去術と人工的に薬剤を静脈内に注入し静脈を固めてしまう硬化療法の一つがある。ストリッピング術と呼ばれる大伏在静脈抜去切除術や大伏在静脈高位結紮術、小伏在静脈高位結紮術、穿通枝の結紮術のほかに静脈瘤そのものを切除することもある。硬化療法では、硬化剤としてポリドカノール、高張食塩水の静脈内注入が知られる。また、パルス YAG レーザーを用いて細いレーザーファイバーを表在静脈内に入れ静脈を閉塞する治療法が最近、行われている。また、抗凝固薬、抗血小板薬、血栓溶解薬、血管拡張薬といった循環改善の内服治療もときに効果があるので、外科的治療を希望しない患者には試みてもいい。頻度は少ないが深部静脈血栓症に罹患した患者が、下腿静脈圧亢進から静脈瘤を起こしていることがある。この際は、表在性静脈瘤を治療してしまうと、血行路を遮断してしまうので注意が必要である。

臨床実習・臨床研修指導実践マニュアル

好評
発売中!

臨床実習・臨床研修指導実践マニュアル

監修●日本医学教育学会臨床能力小委員会

編集●阿部好文(田名病院)・大滝純司(東京医科大学病院医学教育学講座)

❖日本医学教育学会の臨床能力小委員会のメンバーが中心となり、研修医や医学生をいかに効果的に指導するかポイントをまとめた画期的な1冊。大学病院のクリニカル・クラークシップ担当者、一般教育病院の研修指導医、学生や研修医の臨床研修を受け入れている診療所の医師ら必読。

●B6変型判・248頁・2色刷／定価4,200円(本体4,000円+税5%) ISBN978-4-8306-3805-3

文光堂

<http://www.bunkodo.co.jp> 〒113-0033 東京都文京区本郷7-2-7 tel.03-3813-5478/fax.03-3813-7241