



図 15.24 膿疱性乾癬 (pustular psoriasis)
無菌性膿疱を主体とする。



図 15.25 乾癬性紅皮症 (psoriatic erythroderma)



図 15.26 乾癬性関節炎 (psoriatic arthritis)
a: 強い手指の変形をきたしたもの(ムチランス変形).
b: 左環指が全体的に腫脹している(指趾炎). 爪変化を伴っている。

の主座は腱が骨に付着する部分であることが多い〔腱付着部炎 (enthesitis), 図 15.27〕. 指全体が腫脹することもある〔指趾炎 (dactylitis), 図 15.26b〕. 多くは非対称性関節炎型(単一～複数の指趾関節を侵す)であるが, 関節リウマチ型や強直性脊椎炎型なども存在する. 関節炎が先行し, 皮疹が認められない場合も少なくない. 不可逆性の変形をきたす場合があるため, 生物学的製剤などを検討する.

2. 毛孔性紅色^{ひこう}秕糠疹 pityriasis rubra pilaris ; PRP

症状

掌蹠, 四肢伸側(とくに肘, 膝), 胸腹部に好発する. 1～2 mm 大で毛孔一致性の角化性丘疹から始まり, 融合して境界明瞭かつ不規則形のオレンジ色～紅色局面を呈する(図 15.28). その上に鱗屑が付着し, 白色の角化性丘疹も多数出現する(おろし金様). 掌蹠ではびまん性の角化を呈する. 通常自覚症状はないが, 軽度の痒痒や, 掌蹠の亀裂による疼痛を生じることがある. 紅皮症化することがあり, 一部に円形の正常皮膚を残す.

病因・疫学

ビタミン A 代謝異常説があるが病因は不明. 小児期と 40～50 歳代に発症のピークがあり, 若年型と成人型に分類される. 約半数は成人型である. 若年型では常染色体優性遺伝形式をと

ることがあり、一部は *CARD14* の遺伝子変異が指摘されている。HIV 感染に関連する例も報告されている。

病理所見

毛孔は開大し、その中に角質が充満している。その周囲の表皮は肥厚し、不規則的に不全角化を認め、正常角化と不全角化の交互配列をみる。表皮内への好中球の浸潤は認められず、乾癬との鑑別点となる。真皮上層では毛細血管の拡張とリンパ球浸潤が観察される。

鑑別診断

乾癬、皮膚 T 細胞リンパ腫、脂漏性皮膚炎、薬疹、魚鱗癬、進行性（対称性）紅斑角皮症など。

治療・予後

通常は、若年型は1年以内、成人型は2～3年で自然治癒する。対症療法としてサリチル酸ワセリン外用、ステロイド外用、活性型ビタミン D₃ 外用など。レチノイド内服も用いられる。

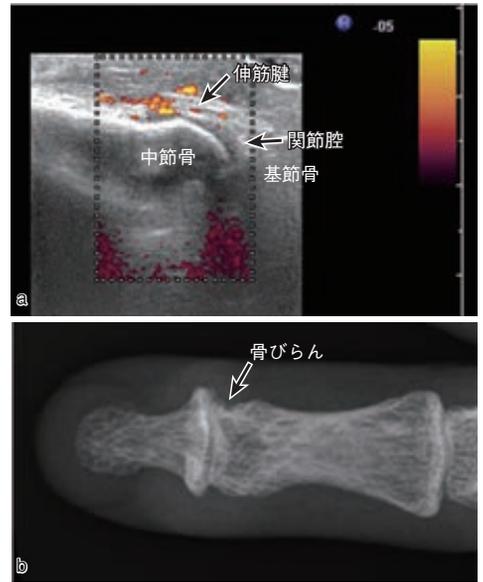


図 15.27 乾癬性関節炎の画像診断像
 a：指関節のパワードップラーエコー所見。伸筋腱が骨に付着する部分で血流が増加しており、腱付着部炎を反映する。b：腱付着部炎が持続すると同部位で骨の吸収が亢進し、骨びらんがみられる（矢印）。



図 15.28 毛孔性紅色秕糠疹 (pityriasis rubra pilaris)
 毛孔一致性の角化性丘疹。オレンジ色を帯びた乾癬様の局面。掌蹠のびまん性角化。