

口腔内扁平苔癬を伴った毛孔性扁平苔癬

稲 沖 真, 藤 本 亘

63歳女性. 頭部の瘢痕性脱毛と紅斑を主訴に皮膚科を受診した. これ以外に口腔内の扁平苔癬を合併していた. 頭部の紅斑の組織標本では顆粒層の肥厚, 表皮基底層の液状変性, 真皮上層のリンパ球浸潤と Civatte 小体が認められた. 毛包では角栓と毛包壁へのリンパ球浸潤が認められた. 免疫蛍光法直接法では Civatte 小体への IgM の沈着と表皮真皮境界部へのフィブリノーゲンの沈着が認められた. 以上の臨床像と組織学的所見から毛孔性扁平苔癬と診断した. プロピオン酸クロベタゾール液の塗布により頭部の紅斑は消失し脱毛の進行は停止した.

(平成16年8月10日受理)

Lichen Planopilaris Associated with Oral Lichen Planus

Makoto INAOKI, Wataru FUJIMOTO

A 63-year-old Japanese woman visited the Department of Dermatology of our hospital with cicatricial alopecia and erythematous macules on her head. She also presented with oral lichen planus. Histological examination of the erythematous macules revealed hypergranulosis, liquefaction degeneration of the epidermal basal cell layer, Civatte bodies and an infiltration of lymphocytes into the upper dermis. Follicular plugging and infiltration of lymphocytes in a hair follicle were also observed. Direct immunofluorescence examination disclosed IgM-positive Civatte bodies and a deposition of fibrinogen at the dermal-epidermal junction. A diagnosis of lichen planopilaris was made on the basis of clinical signs and histopathological findings. Treatment with clobetasol propionate solution improved her erythema and stopped loss of hair. (Accepted on August 10, 2004) *Kawasaki Igakkaishi 30(1):43-47, 2004*

Key Words ① Lichen planopilaris ② Lichen planus ③ Cicatricial alopecia
④ Corticosteroid

はじめに

頭部の瘢痕性脱毛は自己免疫疾患, 代謝性疾患, 感染症など種々の疾患により生じる. 毛孔性扁平苔癬 (Lichen planopilaris, follicular lichen planus) はその原因の一つで, 頭部の毛包中心

に扁平苔癬様の炎症細胞浸潤を生じ, その後に瘢痕性脱毛を来す疾患である¹⁾. 今回われわれは後頭部の瘢痕性脱毛を主訴に受診し組織学的検査により診断された毛孔性扁平苔癬の1例を経験したので報告する.

症 例

患者：63歳女性

初診：2003年10月28日

主訴：後頭部の紅斑と脱毛巣。

家族歴・既往歴：特記事項はない。

現病歴：約1年前、猫に後頭部を引っかかれた後、同部に紅色の局面ないし結節が生じ疼痛を伴った。近くの皮膚科で良性リンパ腫との臨床診断で治療を受けたが難治性であった。その後、紅色局面の赤味と疼痛は徐々に消失し脱毛巣を残した。1～2ヵ月前から頭部に小紅斑の新生があり、脱毛も少しずつ認められるので当科を受診した。なお、紅色局面が生じたのと同時期から、両側の頬粘膜部になどにピリピリした痛みを伴う白色の病変が生じ、2003年10月に当院口腔外科を受診した。口腔内の頬粘膜や咽頭付近の粘膜に一部レース状の白色病変がみられ、その生検標本では粘膜上皮下の粘膜固有層に帯状のリンパ球浸潤が認められたことから、扁平苔癬と診断された。デキサメサゾン含有液含嗽などで頬粘膜の症状はやや改善した。

初診時現症：後頭部に1～2 cm 径の類円形の脱毛巣が5個みられた。脱毛巣内に毛孔は認められず、表面淡紅色あるいは正常皮膚色の萎縮性瘢痕となっていた (Fig. 1)。それとは別に



Fig. 1. 初診時臨床像。後頭部の瘢痕性脱毛

頭皮の有毛部に1～2 mm 径の淡紅色斑が5～6個散在性に認められ少量の鱗屑を附着していた。これらの紅斑は毛孔に一致しているものが多かった。これらの紅斑部を含めて頭部に毛孔一致性の角栓は認められなかった。頭毛を引いても容易に抜けることはなかった。左頬粘膜の咬合部に境界不明瞭な一部レース状の小型の白色病変が認められた。頭部と口腔内以外の全身に扁平苔癬を思わせる皮膚病変は認められなかった。

初診時検査所見：血液学的検査、一般生化学検査に異常は認められなかった。抗核抗体は陰性であった。

病理組織学的所見：頭部の脱毛を伴わない1～2 mm 径の淡紅色斑を生検した。毛包では毛漏斗部に角栓があり、毛球部付近の毛包壁の一部に軽度の液状変性とリンパ球浸潤が認められた (Fig. 2a, b)。毛包間の皮膚では、表皮顆粒層の肥厚と基底層の液状変性が認められた (Fig. 3)。さらに真皮上層にびまん性の細胞浸潤がみられ Civatte 小体も散見された (Fig. 3)。免疫蛍光法所見：病変部の免疫蛍光法直接法では真皮上層の Civatte 小体に一致して IgM の沈着が、表皮真皮境界部にフィブリノーゲンの沈着が認められた (Fig. 4, 5)。IgG や IgA の沈着は認められなかった。なお今回検討した標本では、毛包壁やその周囲への免疫グロブリンやフィブリノーゲンの沈着を検出できなかった。

治療および経過：頭部の紅斑にプロピオン酸クロベタゾール液あるいは軟膏を塗布したところ紅斑は消失し新たな脱毛はほぼ停止した。

考 察

本症例の臨床的特徴は頭部の瘢痕性脱毛と小紅斑である。紅斑の病理組織標本では毛包間表皮に顆粒層肥厚、基底層の液状変性、真

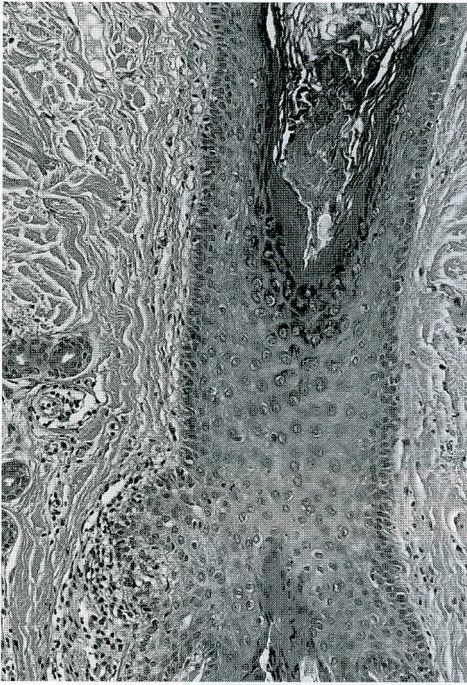


Fig. 2a. 皮膚の病理組織像 (H-E 染色×40). 毛漏斗部の角栓と毛包壁への炎症細胞浸潤.

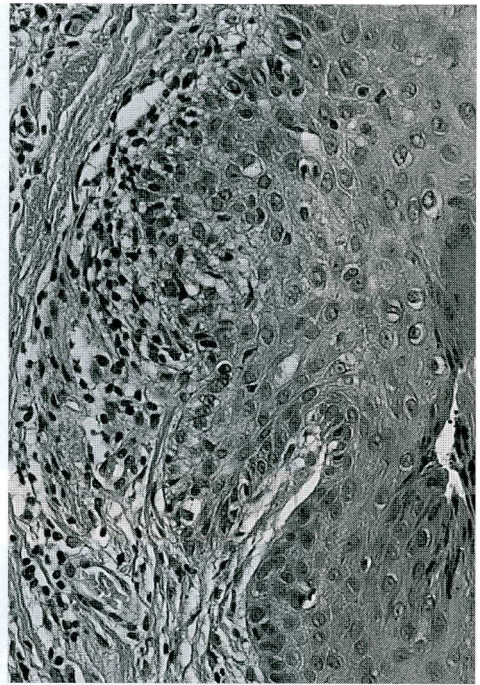


Fig. 2b. 皮膚の病理組織像 (Fig. 2a の拡大, H-E 染色×200). 毛包壁へのリンパ球浸潤と液状変性.

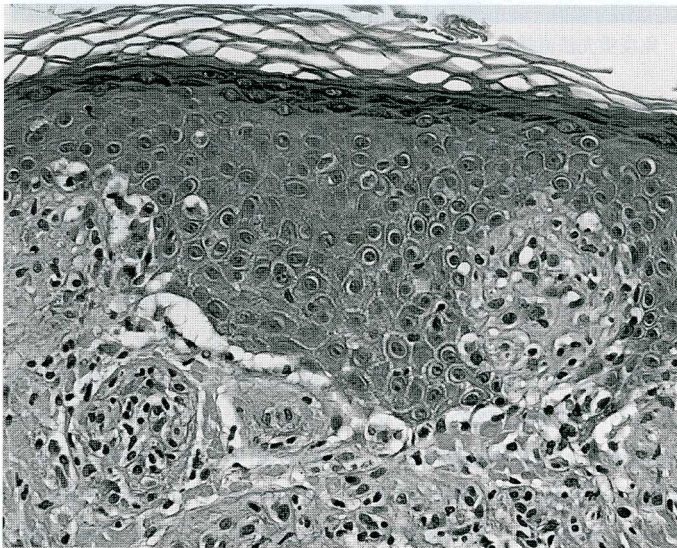


Fig. 3. 皮膚の病理組織像 (H-E 染色×200). 毛包間表皮の基底層の液状変性とリンパ球浸潤.

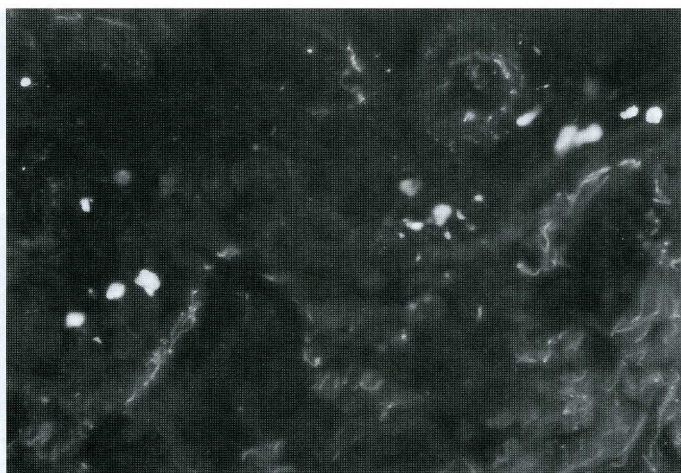


Fig. 4. 免疫蛍光法直接法 (×200). IgMのCivatte小体への沈着.

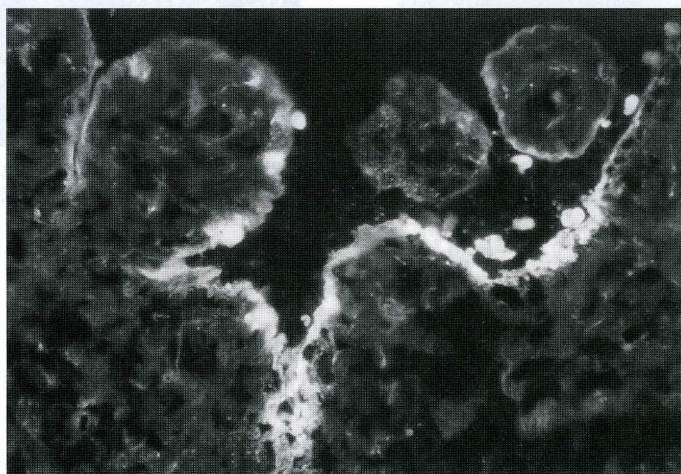


Fig. 5. 免疫蛍光法直接法 (×200). フィブリノーゲンの表皮真皮境界部への沈着.

表皮層のリンパ球浸潤と Civatte 小体が認められた。これらの病理所見からは扁平苔癬をまず考えたが、典型的な扁平苔癬と比較して真皮上層のリンパ球浸潤が軽度なので lupus erythematosus との鑑別を要すると考えられた。免疫蛍光法直接法で Civatte 小体への IgM の沈着と表皮真皮境界部へのフィブリノーゲンの沈着が認められたことから扁平苔癬と診断した。表皮真皮境界部などに IgG の沈着は認められなかったため lupus erythematosus は否定的であった。同一標本上の毛包では毛漏斗部に角栓があり、毛包壁の一部にリンパ球浸潤と液状変性が認められた。さらに本症例では口腔粘膜に扁平

苔癬がみられた。紅斑に続発して瘢痕性脱毛をきたす疾患としては円板状エリテマトーデス、毛孔性扁平苔癬、毛包性ムチン沈着症などが鑑別に挙げられる。診断確定のために行った病理組織検査と免疫蛍光法の所見は毛包間の表皮については扁平苔癬に一致するもので他の疾患は除外できると考えられた。一方、毛包部の病理組織標本では毛漏斗部の角栓と毛包壁の一部の炎症性変化が認められたのみであったので、毛孔性扁平苔癬と診断してよいか検討を要した。Mehregan らは毛孔性扁平苔癬45例の臨床像と組織所見について詳細に検討し報告した²⁾。その中で彼らは、毛孔性扁平苔癬では頭部に扁平

苔癬に典型的とされる紫紅色調を帯びた多角形丘疹はみられないこと、約半数の症例で臨床的に毛孔角栓を認めること、約半数の症例で頭部以外の扁平苔癬を伴っていたこと、組織学的にすべての毛包に病変を認めるわけではないこと、毛包間の表皮に扁平苔癬の病変が認められる頻度は7% (3/45) と低かったこと、免疫蛍光法直接法で扁平苔癬に特徴的な所見が55% (18/33) に認められたことなどを述べている。彼らの報告をもとに本症例を検討すると、毛包部の組織変化については毛孔性扁平苔癬に典型的ではなかったが少なくとも矛盾はしないと考えた。Waldorf³⁾は毛孔性扁平苔癬の炎症の初期から脱毛に至るまでの各段階の組織像を示しているが、本症例の毛包の組織像は比較的初期のものではないかと考えた。本症例の診断については、上記の病理学的所見に加えて、臨床的に明らかな毛孔角栓はなかったが他の特徴は類似すること、口腔粘膜の扁平苔癬を伴ったことも考慮して毛孔性扁平苔癬と診断した。ただし、組織学的に毛包間の皮膚に扁平苔癬の病変を認めたことは毛孔性扁平苔癬としてはまれと考え

た。

毛孔性扁平苔癬は瘢痕性脱毛を残し、そこには毛髪が再生しないため患者の心理面での苦痛は大きい。治療の目標は毛包が破壊される前に炎症を止めることにある。ステロイド剤の内服、強力なステロイド剤の外用、あるいはそれら両者の併用が勧められているが、無効例や治療中止後の再発例も見られるようである²⁾。本症例では生検部のような小型の紅斑や鱗屑などの角質により触れるとざらざらした部分に強力なステロイド剤であるプロピオン酸クロバタゾール外用剤を塗布してもらった。その結果紅斑は消失し現在のところ脱毛の進行は止まっている。

結 語

頭部の瘢痕性脱毛を主訴に受診した毛孔性苔癬の1例を報告した。本疾患では脱毛が進行することがあるので、生検により診断を確定し早期にステロイド剤による治療を開始することが必要と思われた。

文 献

- 1) Silver H, Chargin L, Sachs PM : Follicular lichen planus (lichen planopilaris). Arch Dermatol 67 : 346-354, 1953
- 2) Mehregan DA, Van Hale HM, Muller SA : Lichen planopilaris : Clinical and pathologic study of forty-five patients. J Am Acad Dermatol 27 : 935-942, 1992
- 3) Waldorf DS : Lichen planopilaris. Arch Dermatol 93 : 684-691, 1966