

18	Primin	0.01% pet.	Brial
19	Urushiol	0.002% pet.	トリエ
20	Sesquiterpene lactone mix	0.1% pet.	Brial
21	Potassium dichromate	0.5%aq.	トリエ
22	Thimerosal	0.05% aq.	トリエ
23	Formaldehyde	1% aq	Brial
24	Kathon CG	0.01% aq.	Brial
25	Mercuric chloride	0.05% aq.	トリエ
	Distilled water	as is	
	Petrolatum	as is	

パッチテスト反応には偽陽性、偽陰性があり、その結果の解釈は難しいことも多く、十分な知識が必要である。貼布することで感作する危険性も皆無ではなく、事前に説明同意を得ることが必要である。薬剤の場合は交叉反応を起こす薬剤、今後外用すべき代替品となる外用薬も同時に貼布する。判定後に原因薬剤、使用可能な薬剤を明らかにし、適切な生活指導を行う²⁷⁾。

プリックテストとスクラッチテストは即時型アレルギーの検査のうち、皮内テストあるいは誘発テストに比較してアナフィラキシー反応を誘発する危険性の少ない安全な最初に行うべき検査である。

プリックテストは前腕屈側に抗原液を1滴垂らし、その上を垂直に肩付きのプリックランセットで軽く刺す。抗原液は真皮に達し肥満細胞の膜状に結合している抗原特異IgE抗体と反応し、ヒスタミンを遊離して膨疹を生じる。穿刺より15分後に、その直径を長径とその垂直の直径の平均をとり、陽性コントロールの二塩酸ヒスタミン1%溶液、ならびに陰性コントロールの生理食塩水の膨疹径と比較して、スコアを付ける。ヒスタミンと同等は3+、これを超えると4+、ヒスタミンの2分の1を2+、それ以下で生理食塩水より大きな反応を1+とし、2+以上を陽性と判定する。スクラッチテストは横に4mm長のランセットで軽く傷をつけた上に抗原液を滴下する。この場合も陽性コントロール、陰性コントロールと比較して膨疹の半径によりスコア化し判定する。

これらの皮膚テストを行う前3日間は抗ヒスタミン薬の使用を中止する。プレドニゾロンは1日10mg 1週間の内服では膨疹径に影響しないことが確認されている。アナフィラキシーの既往のある症例においては、抗原液を通常の1000分の1まで希釈した系列を作り、薄い濃度から順に検査をすすめる。一度に多くの強い反応を惹起すると、全身性の即時型反応が誘発され、蕁麻疹、気分不良、呼吸困難、血圧低下などが生じる可能性があり注意が必要である。常にエピネフリンをはじめとするアナフィラキシー時に対処できる準備を整えて検査を開始する。検査については十分な説明と、文書での同意を得る。検査の結果から生活指導を行う。

(7) 発症機序

a. 刺激性皮膚炎の発症機序

角層はバリアの役割を果たしており、正常な皮膚では分子量 1000 以上の物質が角層を通過することはないと考えられている。しかし、現在の生活環境においては角層の障害が起こる機会が多くなっているため、皮膚に接触した刺激物質が障害部位より侵入して角化細胞を刺激しサイトカイン、ケモカインの産生を誘導すると考えられている。表皮細胞から産生されたサイトカイン、ケモカインが炎症細胞の局所への浸潤を引き起こし炎症が起こると考えられている。

b. アレルギー性接触皮膚炎の発症機序

接触皮膚炎で難治性を示すものがアレルギー性接触皮膚炎である。アレルギー性接触皮膚炎は刺激性皮膚炎と異なり、微量のハプテンで皮膚炎を起こし得る。アレルギー性接触皮膚炎の発症には感作経路 (sensitization phase) と惹起反応 (elicitation phase) の 2 つがあるとされている。

1) 感作経路

接触アレルゲンはほとんどが分子量 1000 以下の化学物質でハプテンと呼ばれる。ハプテンが皮膚表面から表皮内を通過して蛋白と結合しハプテン蛋白結合物を形成する。このハプテン蛋白結合物を抗原提示細胞であるランゲルハンス細胞 (LC) ないしは真皮樹状細胞が捕獲して所属リンパ節に遊走し抗原情報を T リンパ球に伝え、感作リンパ球が誘導されることにより感作が成立すると考えられている。アレルギー性接触皮膚炎では主に Th1 細胞である CD8+細胞が重要な役割を果たすと考えられている。

2) 惹起反応

惹起反応はまだ明らかにされていないところが多い。感作が成立した個体に再び接触アレルゲンが接触後、表皮細胞より種々の化学伝達物質、サイトカイン、ケモカインの産生が見られる。さらには、肥満細胞の脱顆粒、血管の拡張と内皮細胞の活性化、好中球、好酸球の浸潤である。これらの顆粒球の浸潤に続いて T リンパ球も浸潤してくる。T リンパ球の活性化においてランゲルハンス細胞あるいは真皮樹状細胞などの抗原提示細胞が T リンパ球に情報を伝える。活性化されたエフェクター T リンパ球が表皮に向かい遊走し再び皮膚、特に表皮内に集まり種々のサイトカインを局所に放出し、活性化された T リンパ球が表皮細胞を障害、もしくは TNF により直接表皮細胞が障害され、海綿状態を主とした湿疹性の組織反応が形成され、アレルギー性接触皮膚炎が発症すると考えられている。

c. 光接触皮膚炎（光毒性接触皮膚炎と光アレルギー性接触皮膚炎）の発症機序

接触皮膚炎が惹起されるのに、光を必要とする型があり、光接触皮膚炎と呼ぶ。ある物質が塗られた皮膚に、太陽などの紫外線 (UV) が照射され、皮膚炎が生ずる。皮膚炎を起こす光線の波長は通常長波長紫外線 (UVA) である。一般の接触皮膚炎とおなじく、光接触皮膚炎にも 2 つの型、すなわち光毒性と光アレルギー性機序がある。光毒性とは、

物質に紫外線が当たり、それによって活性酸素が発生し組織や細胞障害をもたらすものである。一方、光アレルギー性接触皮膚炎は、光抗原特異的な免疫反応機序によって起こったものであり、感作を必要とし、T細胞が媒介する。その根幹部分においては通常のアレルギー性接触皮膚炎と同様で、感作相と惹起相が存在するが、UVA照射という操作が加わらなければ発症しない。感作物質はハプテンであり、UVA照射がなされると、その一部が光分解され、近傍の蛋白質と結合し、皮膚樹状細胞が光ハプテン修飾を受け、光抗原を担った樹状細胞は、リンパ節に移動しナイーブT細胞を感作する。

(8) 薬剤ごとの特徴

1. 抗菌外用薬

アミノグリコシド系抗菌薬の外用薬は硫酸フラジオマイシン、硫酸ゲンタマイシンが最も多く使用されており、これらの中に交叉反応を起こしやすい。硫酸フラジオマイシンが含有される軟膏は、眼瞼周囲の湿疹病変に外用されるが、しばしば、硫酸フラジオマイシンが感作を起こし、これに気づかずに外用している場合は、難治性の眼瞼および眼周囲の湿疹病変になる。硫酸フラジオマイシンは、その他のアミノグリコシド系抗菌薬と交叉反応することが報告されている²⁷⁾。そのため同じ系統の外用薬を使用した場合交叉反応により接触皮膚炎を起こし、同じ系統の注射薬や内服薬を使用した場合交叉反応により全身性接触(型)皮膚炎としての薬疹が誘発される^{4) 28)}。また外用部位に強い接触皮膚炎が生じると、それに伴いしばしば同様の皮疹が全身の皮膚に撒布性・播種性に分布することが特徴的な接触皮膚炎症候群が誘発される^{4) 28)}。

2. 抗真菌外用薬

抗真菌薬の接触皮膚炎は趾間、陰股部などの密封された部位に好発する。びらんを伴う重度の皮疹を生じることが多く、また、市販薬では、白癬ではない疾患に抗真菌薬を使用することがあり、この場合は効果がないばかりか、接触皮膚炎を発症する頻度が高い。イミダゾール系抗真菌薬は、同じ系統の抗真菌薬の間では交叉感作が多く報告されており、異なる系統の抗真菌薬を外用する必要がある。抗真菌外用薬の接触皮膚炎では、主薬以外に、溶解剤のクロタミトン、基剤のセタノールなどもアレルギー性接触皮膚炎の原因として報告されている。

3. 消炎鎮痛外用薬(局所麻酔薬や鎮痒薬も含む)

ブフェキサマクによる接触皮膚炎は、アトピー性皮膚炎および顔面接触皮膚炎の外用薬として使用された症例に一時は好発した²⁹⁾。特徴としては浮腫が強い反応を生じ、症例によっては、全身に拡大する重症例もみられる。

ケトプロフェンの光接触皮膚炎は、偶然の日光暴露で光接触過敏症が生じてからの詳細な問診でようやく1ヶ月以上前のケトプロフェン軟膏の外用が判明することがあるので、診断に際しては注意が必要である。表3はプロピオン酸系NSAIDsの一般名と剤型を示したものであるが、これら外用薬や内服薬のOTCの間で顕著な交叉反応が認められるため、ケトプロフェン外用薬に感作されると、交叉反応の認められる同じ系統の広

範な各種外用薬・内服薬の外用・内服により光接触皮膚炎や光線過敏型薬疹が誘発されるので注意する必要がある³⁰⁾。更に、同系のNSAIDsだけでなく化学構造式の類似する脱コレステロール薬のFenofibrateとの間で交叉反応を起こすことにも留意する必要がある。またピロキシカム軟膏も接触皮膚炎よりも光接触皮膚炎を起こし易いことで知られ、光接触過敏症が誘導されると、その内服薬や同系の内服薬であるアンピロキシカムによる光線過敏型薬疹が誘発される。しかし、同じオキシカム系NSAIDsのピロキシカム(カプセル・坐剤)やアンピロキシカムによる光線過敏型薬疹は、しばしば感作誘導のための潜伏期間なしに誘導される。これは消毒剤のチメロサル接触過敏症との交叉反応により誘導されることが判明している。一方、同じオキシカム系テノキシカムによる光線過敏型薬疹は、恐らく光照射により光ハプテン又はプロハプテンから生成誘導される反応性物質の化学構造の違いから、消毒剤のチメロサル接触過敏症との交叉反応により誘導されないと推定される。

市販の消炎鎮痛薬の外用薬には、局所麻酔薬が配合されていることが多い。以前からエステル型の局所麻酔薬による接触皮膚炎が報告されているが、最近では、アミド型局所麻酔薬やアセトアニリド誘導体局所麻酔薬による接触皮膚炎の報告が増えている。局所麻酔薬の場合同系統の薬剤間では高頻度に交叉反応が認められるが、他系統の薬剤との間の交叉反応は少ない⁴⁾。また鎮痒薬としてOTCの消炎鎮痛外用薬に配合されている塩酸ジフェンヒドラミン、クロタミトン、L-メントールの接触皮膚炎も頻度は高くないがしばしば生じるので留意する必要がある。

消炎鎮痛外用薬は、配合されている局所麻酔薬や鎮痒薬を含めて外用部位に強いアレルギー性接触皮膚炎を起こすことが多いため、それだけ前述した接触皮膚炎症候群が誘発される頻度も高い。接触皮膚炎症候群が誘発された場合の治療としては、ステロイドの外用だけで抑えることが困難であり、ステロイドの内服が必要になることが多い。

4. ステロイド外用薬

ステロイド外用薬の接触皮膚炎は、紅斑、浮腫、びらんなどの重度の皮疹を生じるものから、難治性の湿疹として気づかれていない軽症のものまで、さまざまなものがある。多くは、外用を中止しても1ヶ月程度完治しない、難治の遷延する炎症症状を呈する症例が多い。治療には、交叉反応しないステロイド群をパッチテストで確認し、外用する必要がある。

5. 点眼薬

点眼液の接触皮膚炎は、上眼瞼より、下眼瞼から頬にかけて重度の接触皮膚炎を生じる。これは、上眼瞼が下眼瞼と同等あるいは、重度の接触皮膚炎を生じる、硫酸フラジオマイシン含有の眼軟膏の接触皮膚炎との鑑別点となる。

6. 消毒薬・潰瘍治療薬

消毒薬はアレルギー性接触皮膚炎だけでなく、一次刺激性接触皮膚炎の報告も多く、肉芽形成を阻害するため、潰瘍や創部に対しては極力その使用を控える傾向にある^{12,13)}。

今日水銀消毒薬は使用されなくなったが、現在も一部の絆創膏にはマーキュロクロムが使用されており、チメロサルが防腐剤として配合されている点眼薬もある。チメロサルアレルギーの場合、チメロサルから遊離される水銀のアレルギーよりはむしろ同じく遊離されるチオサリチル酸のアレルギーの方が誘導される確率の方が高いので、交叉反応により前述したようなピロキシカム光線過敏症が誘導される。ジメチルイソプロピルアズレン軟膏は、ドライスキンに使用する程度では殆ど接触皮膚炎を起さないが、びらん・潰瘍部に繰り返し使用すると、接触皮膚炎が誘発される。

7. 坐薬・錠錠

感作され易い抗菌薬や局所麻酔薬が配合されているため、これらの配合薬が原因薬剤となり全身型接触皮膚炎としての湿疹型薬疹がしばしば誘発される。

8. その他の外用薬；乾癬治療外用薬など

タカルシトール、カルシポトリオール、マキサカルシトールなどのビタミンD₃軟膏による接触皮膚炎やメトキサレンの光接触皮膚炎は稀ではあるが報告されている。両者の接触皮膚炎が共に既存の乾癬病変をほぼ正常の皮膚を介して取り囲むように環状紅斑として出現するのが特徴である。このようにあたかも先にある乾癬病変を避けるように出現する所見は、antigenic competition 現象と考えられている¹⁸⁻²⁰⁾。また高濃度のビタミンD₃製剤には刺激感が多くみられるため、反復開放塗布試験（repeated open application test; ROAT test）を行うことが推奨されている¹⁸⁻²⁰⁾。

9. 基剤、保湿剤、防腐剤

これらの成分による接触皮膚炎では、多種類の外用薬および化粧品にパッチテスト陽性となる。原因を明らかにして、含まない製品を選択する必要がある。

(9) 副作用の発現頻度

副作用の発現頻度は、おのおのの薬剤で異なる。アレルギー性接触皮膚炎、光アレルギー性接触皮膚炎の頻度をパッチテストの陽性率でみると、1999年の調査では、抗菌薬である硫酸フラジオマイシンは8.75%、硫酸ゲンタマイシンは9.12%³⁰⁾、2000年では、抗炎症外用薬のケトプロフェンは1.74%、チアプロフェンは4.17%、スプロフェンは1.74%²⁹⁾、ブフェキサマク軟膏は1.9%、ブフェキサマククリームは2.9%、ブフェキサマクは1.9%、イブプロフェンピコノール軟膏は2.9%、イブプロフェンピコノールクリームは3.5%、イブプロフェンピコノールは2.5%、ウフェナマート軟膏は1.0%、ウフェナマートクリームは1.0%、ウフェナマートは0.6%²⁹⁾であった。また1997年の調査では、ブデソニド軟膏（販売中止）は1.6%、ブデソニドクリーム（販売中止）は2.0%、アムシノニド軟膏は0.4%、アムシノニドクリームは0.2%、ヒドロコルチゾン酢酸エステル軟膏0.4%、ヒドロコルチゾン酢酸エステルクリーム0.8%の陽性率であった²⁹⁾。

医薬品によるアレルギー性接触皮膚炎は抗菌薬やNSAIDsの外用薬によるものの頻度

が高い²⁸⁾。ステロイド外用薬によるものも稀に見られる。これらの外用薬が湿疹や潰瘍病変に使用された場合、症状の悪化・難治化といった形をとるため、接触皮膚炎と分かりにくいことがある³¹⁾³²⁾。また複数の外用薬による接触皮膚炎の場合、主薬である薬剤の交叉反応によるだけでなく、含有されている基剤・防腐剤などが原因のこともあり、注意が必要である。

また、市販薬（OTC）では、複数の抗菌薬、消炎鎮痛薬、鎮痒薬、消毒薬などを含有しているものも多く、原因究明のため、詳細な問診が必要である¹¹⁾。医薬品による接触皮膚炎は、同系の内服薬や注射薬が広く使用されているため、これら薬剤との交叉反応を含めて全身性接触（型）皮膚炎としての薬疹がしばしば誘発される。

3. 副作用の判別基準（判別方法）

（1）概念

薬剤の外用によって生じる接触皮膚炎で、薬剤を使用後使用部位に紅斑、浮腫、丘疹、小水疱、大水疱、びらんを発症する。刺激性接触皮膚炎、アレルギー性接触皮膚炎、光アレルギー性接触皮膚炎、接触蕁麻疹などが生じる。

（2）主要所見

a. 刺激性接触皮膚炎

- 1) 痛み、刺激感
- 2) 原因外用薬を使用した部位に一致して紅斑、浮腫、水疱、びらん
- 3) パッチテストではアレルギー反応なし

b. アレルギー性接触皮膚炎

- 1) 痒み
- 2) 原因外用薬を塗布した部位に最も顕著な紅斑、丘疹、漿液性丘疹、浮腫、水疱、びらん
- 3) 全身に紅斑・丘疹、あるいは多形紅斑が拡大することもある
- 4) 重症例では微熱、リンパ節腫脹を伴う
- 5) 使用していた薬剤にパッチテスト陽性

c. 光毒性接触皮膚炎

- 1) 痛み、刺激感
- 2) 原因外用薬を使用した、しかも紫外線に曝露した部位に一致して紅斑、浮腫、水疱、びらん
- 3) 光パッチテストでは光アレルギー性なし

d. 光アレルギー性接触皮膚炎

- 1) 痒み

- 2) 原因外用薬を塗布し、しかも紫外線照射部位に最も顕著な紅斑、丘疹、漿液性丘疹、浮腫、水疱、びらん
- 3) 全身に紅斑・丘疹、あるいは多形紅斑が拡大することもある
- 4) 重症例では微熱、リンパ節腫脹を伴う
- 5) 使用していた薬剤に光パッチテスト陽性

e. アレルギー性接触蕁麻疹

- 1) 痒み
- 2) 原因外用薬を使用した部位に、蕁麻疹
- 3) 全身に蕁麻疹が拡大、呼吸困難、血圧低下などのアナフィラキシー
- 4) 使用していた薬剤にプリックテストあるいはスクラッチテスト陽性

(3) 副所見

- a. 皮膚病理組織学的に表皮に海綿状態、真皮浅層血管周囲にリンパ球を主体にした細胞浸潤
- b. 除外診断：化粧品など薬剤以外の接触皮膚炎、白癬、酒さ、酒さ様皮膚炎、毛包虫症、アトピー性皮膚炎

4. 判別が困難な疾患と判別方法

接触皮膚炎は臨床症状、パッチテスト、使用テストなどで診断する。臨床的に鑑別を要する疾患について、簡単に述べる。

(1) 白癬

白癬は痒みを伴い、紅斑、丘疹が出現する疾患であり、病理組織でも海綿状態がみられる鑑別を要する疾患である。とくに、顔面の白癬は、化粧品による接触皮膚炎と誤診されることが多く、ステロイド外用薬により、さらに悪化している場合、ステロイド外用薬による接触皮膚炎と鑑別する必要がある。鑑別の基本は、輪状、あるいは環状の拡大する紅斑の内側に鱗屑がある臨床所見と、白癬菌陽性であることが白癬の確定診断になる。

(2) 酒さ・酒さ様皮膚炎・毛包虫性痤瘡

酒さは、ステロイド外用薬により悪化するために、化粧品皮膚炎やステロイド外用薬による接触皮膚炎と鑑別を必要とする。特徴は、顔面の頬を中心に左右対称性に毛細血管拡張、紅斑・浮腫、丘疹、火照り感などが持続することである。酒さ様皮膚炎はステロイド外用薬の顔面への長期使用により酒さと類似した症状が出現する疾患で、皮膚萎縮、痛み、膿疱などが出現する。鑑別は、組織検査とパッチテスト、毛包虫の有無による。

(3) アトピー性皮膚炎

痒みを主訴に、慢性に経過する苔癬化など特徴的な皮疹の分布と形態を呈する湿疹で

ある。接触皮膚炎の合併の有無と鑑別には、パッチテストが必要である。慢性に搔破することが皮疹の誘発因子となる。

(4) 外用薬以外の接触皮膚炎

皮疹からは接触皮膚炎が考えられるが、原因が、スキンケア製品であったり、身の回りの金属であったり、診断には落とし穴がある。臨床症状、発症経過をよく聞き、原因と推定されるものを網羅したパッチテストを行うと同時に、スタンダードアレルゲンを貼布することで、身近なアレルゲンの見落としを防ぐことができる。

5. 治療方法

薬剤による接触皮膚炎の治療は、まず、原因となった薬剤を中止し、接触アレルギーを起こさないステロイド外用薬を選択し、炎症症状の強い場合には、局所作用の強いステロイド外用薬を使用する。皮疹が重度で広範囲に分布する場合、顔面の浮腫が強い場合、自家感作性皮膚炎を生じて汎発疹がみられる場合、発熱や倦怠感を伴う強い反応を示す場合（接触皮膚炎症候群）などでは、ステロイド内服が奨められる（推奨の強さA：エビデンスのレベルと推奨度の決定基準参照）³³⁻³⁹。原因疾患を治療するためには、その疾患に適した外用薬のうち、接触アレルギーを持っていないものをパッチテストにより選定することが必要である。アレルギー性接触皮膚炎および、光アレルギー性接触皮膚炎ではパッチテストあるいは光パッチテストが推奨の強さAとされている。抗ヒスタミン薬の内服は推奨度C1であり、使うことが奨められる⁴⁰⁻⁴²。なお、ステロイド、抗ヒスタミン薬のアレルギー、基剤成分のアレルギーの場合は、外用薬の選択に十分注意し、接触アレルギーを持つ薬剤や交叉反応を起こす薬剤を患者に書面で通知し、内服・注射しないよう、生活指導を徹底する。

エビデンスのレベルと推奨度の決定基準(皮膚悪性腫瘍グループ)

A. エビデンスのレベル分類	
I	システマティック・レビュー／メタアナリシス
II	1つ以上のランダム化比較試験による
III	非ランダム化比較試験による
IV	分析疫学的研究(コホート研究や症例対照研究による)
V	記述研究(症例報告や症例集積研究による)
VI	専門委員会や専門家個人の意見+

B. 推奨度の分類*	
A	行うよう強く勧められる (少なくとも1つの有効性を示すレベルIもしくは良質のレベルIIのエビデンスがあること)
B	行うよう勧められる (少なくとも1つ以上の有効性を示す質の劣るレベルIIが良質のレベルIIIあるいは非常に良質のIVのエビデンスがあること)
C1	行うことを考慮してもよいが、十分な根拠*がない (質の劣るIII-IV,良質な複数のV,あるいは委員会が認めるVI)
C2	根拠*がないので勧められない(有効のエビデンスがない、あるいは無効であるエビデンスがある)
D	行わないよう勧められる(無効あるいは有害であることを示す良質のエビデンスがある)

+基礎実験によるデータ及びそれから導かれる理論はこのレベルとする。

*根拠とは臨床試験や疫学研究による知見を指す。

#本文中の推奨度が必ずしも上表に一致しないものがある。国際的にも皮膚悪性腫瘍診療に関するエビデンスが不足している状況、また海外のエビデンスがそのまま我が国に適用できない実情を考慮し、さらに実用性を勘案し、(エビデンス・レベルを示した上で)委員会のコンセンサスに基づき推奨度のグレードを決定した箇所があるからである。

参照：エビデンスレベル：http://www.jsco-cpg.jp/item/21/intro_03.html

6. 典型的症例

(1) ケトプロフェン含有テープによる光アレルギー性接触皮膚炎

[症例1] 30歳代、女性

(家族歴) 特になし

(既往歴) スギ花粉症。これまでに接触皮膚炎の既往はない。

(主訴) 右足背・下腿の長方形の紅斑浸潤病変と全身に分布する多形紅斑

(現病歴) 初診の1ヶ月前に腰痛、右足関節痛、筋肉痛があり、ケトプロフェン含有テープを数回貼付した。紫外線に弱いことを知らず、スカートのまま素足で外出していた。2週間前から右足背と下腿に痒い丘疹が出現し、近医で外用薬をもらい塗布したが、1週前に痒みが増し、足首を掻いたら、翌日から四肢に多形紅斑が多発、顔面と耳にも紅斑が出現し、昨日近医皮膚科でステロイドの点滴治療を受け、その後当院の耳鼻科より

紹介された。

(現症) 全身状態は良好で、食欲あり、発熱なし。

図3のように強い痒みを伴い、右足背、下腿に長方形のケトプロフェン含有テープに一致した紅斑・浸潤・丘疹局面があり、足首にはびまん性紅斑、そして周囲に紅斑・丘疹が散在している。四肢に、同様の多形紅斑が散在しており顔面と耳介に紅斑・浮腫を認めた。



図3. 症例1の初診時 右下腿から足背にテープ剤の形に一致した長方形の紅斑と浸潤病変があり、足首にはびまん性の紅斑があり、その周囲に紅斑丘疹が散在している。強い痒みがある。

(検査所見)

末梢血

血球計算：白血球数 $9000/\mu\text{L}$; 分葉核球 48%, 好酸球 15% ↑, リンパ球 31% ↓, 単球 6%

赤血球数 467万/ μL Hb 13.0 g/dl 血小板数 56.9万/ μL

生化学検査：LDH 335(119-229) IU/L ↑ その他は肝機能、腎機能 正常範囲

非特異的 IgE 273.0 ↑ 特異的 IgE(CAP-FEIA) : スギ(5), ヨモギ(2), ヤケヒョウヒダニ(2)

(パッチテスト・光パッチテスト)

ケトプロフェンに光パッチテスト陽性 パッチテストは陰性

(診断と治療経過) ケトプロフェンによる光アレルギー性接触皮膚炎と診断し、ベタメタゾンを1日1mg内服、吉草酸ジフルコルトロンユニバーサルクリームを外用し、帽子、衣類、およびSun Protection Factor 50+, Protection grade of UVA +++ のサン