白癬について

皮膚糸状菌が皮膚角質、爪、毛に寄生すると、白癬と呼ばれます。皮膚糸状菌のほとんどは Trichophyton rubrum で、次に多いものが Trichophyton interdigitale です。白癬は感染部位によって、頭部白癬、股部白癬(いんきんたむし)、体部白癬(ぜにたむし)、足白癬(足みずむし)、爪白癬(爪みずむし)と分類されます。日本では足白癬が人口の約21.6%(2500万人)、爪白癬は約10.0%(1200万人)と推計されています。日本の表在性皮膚真菌症は白癬 85.2%、皮膚・粘膜カンジダ症 11.2%、マラセチア症 3.5%と報告されています。

検査

診断には、10～20%KOH を用いた直接顕微鏡検査を行います。菌糸や分節胞子を観察すると、白癬と診断します。症状から白癬を疑っても顕微鏡検査で白癬菌が検出できない場合はステロイド外用で治療を開始し、1～2 週間後に再検することもあります。

また、顕微鏡検査では感度が低い場合があり、真菌培養法を追加することもあります。真菌培養法を行うと、Trichophyton rubrum と Trichophyton interdigitale の鑑別も可能です。採取した検体をマイコセル寒天培地で、室温～37℃に保ち 1～2 週間培養します。Trichophyton rubrum は白色で綿毛状のコロニー、Trichophyton interdigitale は白色で粉状のコロニーの発育が見られます。

治療

①手・足白癬

最も多い白癬で、手掌・足底・指趾腹・指趾間の毛のない部分に生じます。感染時期によって指(趾)間型(指趾間に紅斑、浸軟、鱗屑を限局して認める)、小水疱型(指趾腹、手掌、足底に広がり、かゆみを伴う水疱や汗疱状の鱗屑を認める)、角化型(手掌、足底全体に過角化が広がり、かゆみが少なくなる)の 3 つに分類されます。

治療は外用抗真菌薬(クロトリマゾールクリーム、ケトコナゾールクリーム/ローション、ルリコン軟膏/クリーム/液、メンタックスクリームなど)を 1 日 1 回塗布します。指(趾)間型では 2 ヶ月以上、小水疱型では 3 ヶ月以上、角化型では 6 ヶ月以上が目安となります。病変部位だけでなく足全体または手全体に塗

布し、病変を認めなくなってもしばらく治療を継続することが必要です。角化型では内服薬(ラミシール 125mg を 1 日 1 回､イトリゾール 100mg を 1 日 1 回)を使用することもあります。爪白癬を合併する場合には、内服薬を第 1 選択とします。病巣や好発部位が蒸れないようにすること、機械的刺激(健康サンダルや軽石)を避けることも重要です。

②爪白癬

爪甲、爪床、またはその両方に生じる白癬です。爪甲の遠位部、または側縁部から感染し、爪全体に広がります。爪甲に白濁を認め、爪床から浮いた状態になることもあります。

治療は内服療法(ラミシール125mg/日を1日1回で6ヶ月､イトリゾール400mg/日を1日2回で1週投与3週休薬を3回､ネイリン100mg/日を1日1回で12週)が原則ですが、2014年から外用療法(クレナフィン爪外用液またはルコナック爪外用液を1日1回爪に塗布)も行えるようになりました。完全治癒率は内服療法が高いですが､内服できない､あるいは内服を希望しない場合には外用薬を使用します。

③体部・股部白癬

手背・足背・顔面など産毛が生じる部分の白癬を体部白癬、外陰部とその周囲の白癬を股部白癬と言います。かゆみが強く、中心は治癒傾向で境界明瞭な紅斑が環状に生じ、鱗屑を付けます。

治療は抗真菌薬(クロトリマゾールクリーム、ケトコナゾールクリーム/ローション、ルリコン軟膏/クリーム/液、メンタックスクリームなど)を1日1回塗布します。外用液が塗布できない場合や、再発を繰り返している場合には内服薬(ラミシール125mg/日を1日1回、イトリゾール100mgを1日1回)を使用します。両者の併用を行う場合もあります。

④頭部白癬

頭部に生じた白癬で、頻度は足白癬の1%未満です。毛包から排膿を認め、痛み、脱毛、落屑を認めます。

治療は内服薬(ラミシール125mg/日を1日1回、イトリゾール100mgを1日1回)を使用します。家族内発生や感染拡大予防のために外用薬(ルリコン液)または抗真菌薬入りシャンプー剤を用いることもあります。