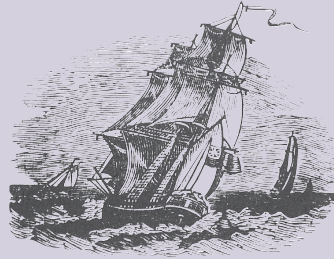


羅針盤



下腿潰瘍診療のコーディネーターとしての皮膚科医とは

沢田 泰之

Yasuyuki Sawada

都立墨東病院皮膚科 部長

皮膚に症状が現れる疾患のコーディネーターは皮膚科の重要な役割である。視診と触診と、時には匂いや聴診を駆使して、疾患を診断し、原因を探り出し、いずれの科で治療を行うのが「この患者さん」にとってもっとも望ましいのかを模索していく役割である。

下腿潰瘍の企画をいただいた。本来であれば、種々の下腿潰瘍に対して、鑑別診断を行い、広く皮膚疾患の領域を網羅し、診断や治療の助けになるべきであったかもしれないが、今回は多くの先生方のお許しを得て、循環障害に絞った特集にさせていただいた。それはこの分野の診断および治療が急速な変化を遂げ、10年前では考えられないような低侵襲な検査で診断が行えるようになり、治療の分野でも困難であった膝下 (blow the knee) の動脈や、時には足関節遠位の動脈の治療も可能になったからである。このことを知っておくことは足の潰瘍、壊疽を最初に診断し、コーディネーターする皮膚科医にとって非常に重要で、必要不可欠な知識であると考えたからである。

下腿潰瘍は難治で、診断のむずかしい疾患である。なぜなら下腿潰瘍には動脈性潰瘍、静脈性潰瘍、神経原性潰瘍、感染症、膠原病を含めた自己免疫性の潰瘍、外傷性の潰瘍、腫瘍性の潰瘍、その他多数の原因があるからである。確かに動脈性の潰瘍は一部の循環器内科医や血管外科医に診断が可能であるし、静脈性の潰瘍は血管外科医に診断が可能である。しかし、他の原因に関しては皮膚科医でなくては鑑別診断することがむずかしい。その意味において、皮膚科医は下腿潰瘍のゲートキーパーであり、各科へのコーディネーターである。コーディネーターにあたって、皮膚科医は他科の医師から信頼を得なくてはならない。皮膚科医の目でみてわかるだけでなく、内科医や外科医の目からみても納得を得られる資料を提示しなくてはならない。それがABIやSPP、血管超音波検査のような生理検査であり、3D-CT angiographyやMR angiographyなどである。以前は血管造影のような侵襲的な手段でしか診断を行うことができなかったが、現在ははるかに侵襲が少なく、皮膚科医でもオーダーできる手段でかなりの程度まで診断が可能になっている。



下腿潰瘍は食の欧米化に伴って大きな問題となってきた。米国では糖尿病患者の25%が足の創傷を合併するといわれている。年間2%の糖尿病患者の足に創傷が発症し、その患者の15%以上が下肢の切断に移行している。2007年、TASC IIの提言が出た。下肢のどの部位では血管内治療が望ましいか、その血管外科の治療が良いかなどの提言も行っている。しかし、これはそれぞれの医療施設や地域医療資源によってまったく違ってくる。皮膚科医を含めた、患者、

循環器内科、血管外科などの情報共有が重要となる。今回は血管内治療、外科的治療の第一人者の先生に解説をいただくとともに、幹細胞輸注や骨髄露出療法、マゴット療法など新しい治療についても解説をいただいた。

時に医師は足を切断したくないという患者さんの気持ちに引きずられ、高齢者を数カ月にわたり、ベッド上に寝かせて治療を試みることがある。結果として患者さんは認知症を発症したり、寝たきりになり、社会復帰すらむずかしくなってしまうこともある。医師にとって寝たきりの患者の足を温存することが重要なのか、切断しても今まで同様の生活を送ることを可能にするのが重要なのか。切断も重要な治療である。今回はその答えの一つとして、リハビリテーション科の佐々木先生、MSWの稗田さんに執筆をいただいた。参考にしていただければ幸いである。

うっ滞性の潰瘍など静脈性の潰瘍も肥満の増加に伴って、増加することが考えられる。大伏在静脈不全などの表在静脈の治療は筋膜上で行われる処置であり、皮膚科医が治療を行うべき疾患の1つと考える。整容的な意味を持つことを考えれば、なおさらである。

米国のように地域ごとに下肢の創傷治療を行うセンター機能を有した医療機関に育成を行う時代が来ている。皮膚科医は各科と協力して、ゲートキーパーとして、コーディネーターとして、皮膚をみるだけではなく、疾患をみるだけでなく、下肢の潰瘍、壊疽をもつ患者さんそのものを診療できるようにならなくてはならない。同時にそのような患者さんをみることのできる医師を育成しなくてはならないのではないだろうか。

まさに西山茂夫先生のおっしゃるように「皮膚科は皮膚をみることのできる内科医である」のだから。