**皮膚科　　２００８年度の過去問　　　　　　　　　８G作成**

***■皮膚の構造について知ることを図示せよ。***

　テキストや去年のプリントを参照。

表皮：基底細胞層～有棘細胞層～顆粒細胞層～角質細胞層

　　　　Turn over timeは約３０日、角化するまでは１４日程度

　　　　デスモゾーム(デスモグレイン１→落葉状天疱瘡、３→尋常性天疱瘡)、gap junction、

ヘミデスモゾーム(ＢＰ１８０→水疱性類天疱瘡)、メラノサイト→チロシンをメラニンに代謝

ランゲルハンス細胞→骨髄由来の樹状細胞。抗原提示細胞。

　真皮：こう原線維、弾性線維、基質、線維芽細胞、組織球、肥満細胞

　皮膚付属器：毛器官、脂腺、汗腺(エクリン→手掌・足底など、アポクリン→腋窩・陰部など)

　皮下組織：

***■糖尿病で見られる皮膚所見を述べよ***

　糖尿病性浮腫性硬化症

　糖尿病性黄色腫

　糖尿病性壊疽

　糖尿病性脂肪類壊死症

　播種状環状肉芽腫

　脛骨前部色素斑

　糖尿病性水疱

　皮膚瘙痒症

***■悪性黒色腫の臨床所見について述べよ***

　・メラノサイトあるいは母斑細胞の悪性腫瘍。

　・転移しやすく(ＬＮ、血行性)、悪性度が高い。

　・人種差があり、白人(日光曝露部に多い)＞黄色人種＞黒人(稀)

　・日本人では四肢末端部に多い(外傷、刺激などが誘因)

　・ＡＢＣＤＥ→Asymmetry (非対称性)

　　　　　　　　Border (辺縁が不整で不明瞭)

Color (色に濃淡がある)

　　　　　　　　Diameter (６mm以上)

　　　　　　　　Elevation (隆起する)

　・治療→外科的切除、DAV療法

　・予後→LN、血行性に全身に転移して予後は悪い。

* ***アトピー性皮膚炎について***

・先天的なアトピー素因(アレルギー体質、皮膚バリア機能異常)を基盤とし、後天的な環境因子

(外来抗原に対するⅠ型・Ⅳ型アレルギー反応、心理的負荷、ストレス)が刺激となって発症。

　　※アレルギー体質……喘息、アレルギー性鼻炎など

・臨床症状：年齢とともに変化。病変は左右対称性。慢性反復性の経過をたどる。瘙痒。

　　　(ⅰ)乳幼児期：生後２～６M頃発症。顔面・頸部に好発し、湿潤性の湿疹病変を呈する。耳切れも見られる。

　　　(ⅱ)小児期：頸部、四肢屈曲部の苔癬化局面形成。全身乾燥が目立ち、アトピー皮膚を呈する。眉毛外１／３の疎毛化であるHertoghe症状も見られる。

　　　(ⅲ)成人期：顔面のびまん性紅斑(赤鬼様顔貌)、頸部のポイキロデルマ様変化(さざ波様色素沈着)、上半身の著名な苔癬化局面などを呈する。

　・検査所見

　　　血清IgE高値（抗原特異的IgE抗体が見られる）→米、大豆、ダニ、ハウスダスト

　　　白色皮膚描記症

　　　末梢血好酸球増多

　　　プリックテスト、スクラッチテスト、パッチテスト

***■アトピー性皮膚炎について***

***①合併しやすい感染症３つ***

　・眼症状：白内障、網膜剥離

　・感染症：Kaposi水痘様発疹症(多発する小水疱、発熱。主にHSV-1による)

　　　　　　伝染性軟属腫

　　　　　　伝染性膿化痂疹(とびひ)

***②治療を簡単に書け***

　　・バリアー機能異常への対策

　　　　→皮膚の清潔(石鹸使いすぎは×)、保湿、スキンケア、刺激をしない工夫

　　・外的因子への対策

　　　　→生活環境の整備、清掃、適温適湿、接触抗原・食事抗原・ストレス回避

　　・炎症反応

　　　　→外用薬(ステロイド、免疫抑制剤、保湿薬)、内服薬(抗アレルギー薬、抗ヒスタミン薬)

***■薬疹について***

　(ⅰ)定義：薬剤が経口または注射などによって体内に入り、種々の発生機転で皮膚または粘膜に異常を生じた状態。

　　　　・抗生剤、NSAID、降圧剤で６割を占める。

・よく用いる薬剤ほど薬疹を起こしやすく、一度薬疹が起こると同じ薬剤によって再発しやすい。

・異なる薬剤でも構造上同じ抗原性を有する場合再発する(交差反応)。

・同じ薬剤でも個体によって異なった反応を示す。

(ⅱ)病態生理

　　　・アレルギー性：

Ⅰ型(アナフィラキシー型・即時型)→IgEが関与

Ⅱ型(細胞毒性型)→抗原抗体反応により細胞融解

Ⅲ型(アルサス型)→抗原抗体複合体が組織に沈着して障害

Ⅳ型(細胞免疫型・遅延型)→感作T細胞が関与

GVHD型→自己反応性T細胞が関与

　　　・非アレルギー性：いろいろ

　(ⅲ)臨床病型

　　　・固定薬疹：

薬剤の内服、注射後に皮膚の同一部位に繰り返し出現する薬疹。DVHD型。

　　　　　　ぴりぴり感や強い刺激感が皮疹部位にみられ、続いて皮疹の増悪をみる。

　　　　　　暗赤色の紅斑で、境界が明瞭。検査は発疹部と無疹部にパッチテストを行う。

　　　・播種状紅斑丘疹型薬疹：

　　　　　　薬疹の型として最多で、全身に粟粒大から米粒大の紅斑、紅色丘疹が散在する場合から、

　　　　　　全身に対称性で播種状に配列し癒合傾向を示す。Ⅳ型。

　　　・多型滲出性紅斑型薬疹：

　　　　　　２番目に多く、重症となるとSJSやTENに移行する。全身に分布する指頭大のわずかに

隆起する紅斑で、中央部に水疱形成を認める。拡大すると口腔粘膜、口唇粘膜に発赤びらんを認める。Ⅳ型。

　　　・中毒性表皮壊死症(TEN)：

　　　　　　SJSの広範囲なもので最重症型。全身の皮膚に紅斑が出現し、急速に拡大する。

　　　　　　Nikolsky現象陽性。重症熱傷と同様に、広範囲のびらんや潰瘍を形成する。

　　　　　　ステロイドパルス、血漿交換療法が奏功する。GVHD型。

　　　・Stevens-Johnson症候群(SJS)：

　　　　　　全身に分布する指頭大の隆起した紅斑で、水疱を形成。口腔粘膜、口唇粘膜に発赤、びらん、

　　　　　　血痂をつける。38℃台以上の発熱、肝障害、白血球増多を伴う。

　　　　　　PSL 30-60mg/dayの初期投与が必要。

　　　・蕁麻疹型薬疹：

　　　　　　全身の一過性の強い瘙痒と浮腫性紅斑。皮膚のみではなく、咽頭浮腫、呼吸困難が見られる。

　　　　　　繰り返す発疹の出現を見るが、慢性化しても色素沈着などは残さない。Ⅰ型。

　　　・光線疹型薬疹：

　　　　　　光毒性→一定量の薬剤と日光により誰でも発症する。

　　　　　　光アレルギー性→薬剤摂取後、日光照射によりⅣ型アレルギーを起こす。　　　　　　など

***■尋常性乾癬で見られる２つの現象を説明せよ。また特異的な組織所見を示せ***

　・Auspitz現象：層状の鱗屑を剥がすと、そこに点状出血斑が出現する。

　・ケブネル現象：無疹部皮膚に種々の刺激が加わると、その部に皮疹が出現する

・組織所見：不全角化(錯角化)を伴う過角化

　　　　　　　表皮突起の下方への延長

　　　　　　　真皮乳頭直上の表皮のひ薄化

　　　　　　　角層内または直下の好中球よりなる小膿瘍(マンロー微小膿瘍)

　　　　　　　真皮上層に好中球の浸潤、および好中球の表皮内遊走

***■紫斑をきたす疾患を３つあげ説明せよ。***

・特発性血小板減少性紫斑病

＜病因＞

特発的に血小板数が減少する。急性型は感染症、ウイルス抗原を含む免疫複合体の関与が推測される。慢性型は血小板表面抗原に関する自己免疫説が有力。

＜頻度＞

いかなる年齢にも生じるが、急性型は１０歳以下、慢性型は成人、特に２０～４０歳の女性に多い。

＜症状＞

点状紫斑が汎発性、集族性に生じるだけの例が多いが、時に鼻出血、歯肉出血などの粘膜出血、血尿、吐血、下血なども生じる。

＜検査所見＞

血小板数の減少、出血時間の延長が見られる。PTやAPTT、フィブリノイド値は正常である。血小板関連免疫グロブリンGが上昇する。

＜治療＞

副腎皮質ステロイドの前身投与（プレドニゾロン1mg/kg/day）、効果が少ないときは脾摘、さらに効果がないときは免疫抑制剤を投与する。

・ヘノッホ・シェーンライン紫斑病（＝アレルギー性紫斑病）

　　テキスト２７ページ参照。

・老人性紫斑

　　テキスト２２ページ参照

など

***■円形脱毛症について知ることを述べよ。***

＜病因＞

毛母細胞が何らかの原因により障害されることにより起こる。障害の原因として、栄養障害、病巣感染、自律神経障害、自己免疫疾患などが考えられる。

＜頻度＞

皮膚患者の２～５％でどんな年齢にも生じるが青年、学童に好発する。

＜症状＞

通常は単発性のものが多いが、多発することもある。

＜治療＞

対症療法が基本となる。副腎皮質ステロイド外用などを行う。

***■脱毛症に合併する疾患をあげよ***

橋本病などの甲状腺疾患、SLE、関節リウマチ、重症筋無力症などの自己免疫性疾患、

尋常性白斑、アトピー性皮膚炎など、

***■紅皮症をきたす疾患を五つ挙げよ***

1. 湿疹、皮膚炎…接触性皮膚炎、アトピー性皮膚炎
2. 角化症…乾癬、毛孔性紅色粃糠疹、扁平苔癬、先天性魚鱗癬様紅皮症
3. 薬疹
4. 水疱症…落葉状天疱瘡
5. 感染症…細菌、ウィルス、疥癬、AIDS
6. 腫瘍…菌状息肉症、Sezary症候群
7. GVHD

紅皮症とは「ほぼ全身にわたる皮膚の炎症に基づく発赤と鱗屑を主徴とする病態」

***■表皮内癌について２つ挙げて説明せよ***

1. Bowen病

[原因]　明確でない

[発症誘因]内因的素因…内臓癌の家族歴、母斑　外的刺激…日光・紫外線、放射線

[好発年齢・性差]　高齢者・男性

[好発部位]　体幹、下肢、上肢の順に多い

[症状]

[治療]　切除

1. 乳房Paget病

[概念]　乳管癌が皮膚に浸潤したもの

[頻度]　まれ（全乳癌の１％）

[好発年齢]　中高年女性

[臨床症状]　乳房湿疹を疑わせる赤色びらん面が乳頭から始まり、年単位で次第に乳輪や乳房に及び、進行すると腫瘤を形成するようになることもある。

[診断]　生検でPaget細胞の同定

[治療]　乳房切断＋所属リンパ節郭清

1. 乳房外Paget病

[概念]　アポクリン汗腺の表皮内癌

[好発年齢・性差]　60～70代の高齢者　男：女＝２：１

[好発部位]　外陰部、肛門部、腋窩

[臨床症状]　慢性の比較的境界鮮明な紅班、びらんで、色素沈着を認める一方、色素脱失をともなうこともある。その後、長い時間をかけてびらん面に硬い結節や腫瘤が出現する。

[鑑別疾患]　難治性湿疹、体部白癬、カンジダ症

[組織所見]　Paget細胞が散在　PAS染色陽性、アルシアンブルー染色陽性、CEA陽性

[治療]　病巣境界よりも広範囲に切除

***■苛性カリ法(ＫＯＨ)で検査することのできる疾患を全て選びなさい。***

***a.疥癬　 　　　　　　　　〇***

***b.スポロトリコーシス　　　×　　真菌だが検査できない代表例***

***c.カポジ水痘様発疹症　　　×　　アトピーにＨＳＶ感染***

***d.体部白癬 　　　　　　　〇***

***e.Celsus禿瘡　　　　　　〇　　　頭部に白癬菌感染による脱毛***

***f.好酸球性膿疱性毛包炎　　×　　　原因不明***

***g.Lyme病　 　　　　　　　×　　　マダニの刺し口　血清抗ボレリア抗体***

***h.癜風 　　　　　　　　　〇***

***i.梅毒　　　　　　　　　　×　　　梅毒血清反応***

***j.伝染性軟属腫　　　　　　×　　伝染性軟属腫ウィルス***

***k.尋常性疣贅　　　　　　　×　　HPV感染***

***l.基底細胞癌　 　　　　　　×***

***m.カンジダ症　　　　　　　〇***

KOHで検査できるのは、真菌、ダニの虫体と虫卵。

***■強皮症の皮膚症状について述べよ***

何らかの原因で線維芽細胞が活性化され、コラーゲンの過剰産生が起こることによる。

前駆症状としてRaynaud症状が約９０%にみられる。

皮膚変化は浮腫期→硬化期→委縮期と10～30年かけて慢性的に進行する。

強指症：手指の硬化、変性

仮面様顔貌：硬化のために表情がなくなる、鼻がとがる、口の開閉が困難となる。

舌小帯短縮：

毛細血管の拡張：顔面、爪郭部での拡張が特徴

***■ニコルスキー現象を説明せよ。また、それが起こる疾患を４つ記せ。***

一見正常な皮膚を摩擦すると表皮剥離または水疱を生じる現象。

・尋常性天疱瘡

・落葉状性天疱瘡

・ブドウ球菌性熱傷様皮膚症候群(SSSS)

・中毒性表皮壊死症(ＴＥＮ)

***■掌蹠膿胞症について  
①症状***

皮膚症状：掌蹠に小膿胞が多発。紅斑落屑性局面を呈する。

***②合併症***

全身症状：胸肋鎖間接部骨化症を10％で合併

***③原因２つ***

病巣感染、金属アレルギーなど。

***■網状皮斑について***(1)大理石用皮膚

　　小血管の機械的攣縮による一過性医の閉鎖性網目状の斑。

　　寒冷で増強し、暖かくなると消失する。

(2)分枝状皮斑

　　小血管の器質的変化（小動脈の閉塞、静脈のうっ血拡張）で持続的、開放性網目状の斑。

　　温暖で焼失せず、種々の基礎疾患で生じる皮膚症状。

(3)網状皮斑

　　(1)と(2)の中間持続性、閉鎖性網目状の斑。

***■網状皮斑をきたす疾患***

１中枢神経疾患

２循環器疾患

　　ⅰ）動脈硬化ⅱ）冠動脈不全ⅲ）心内膜炎

３膠原病

　　ⅰ）全身性エリテマトーデスⅱ）結節性多発動脈炎ⅲ）慢性関節リウマチ

４異蛋白血症

　　ⅰ）クリオグロブリン血症ⅱ）マクログロブリン血症

５慢性感染症

　　ⅰ）結核ⅱ）梅毒

６悪性腫瘍

　　ⅰ）癌ⅱ）悪性リンパ腫ⅲ）リンパ性白血病

７沈着症

　　ⅰ）粘液水腫ⅱ）アミロイドーシスⅲ）石灰沈着症（慢性腎不全）

***■母斑症を2つあげて説明せよ***

1. プリングル病（結節性硬化症）

　特異的な皮膚病変と痙攣発作、知能障害を呈する。間葉系の分化異常。責任遺伝子は、第９染色体に

存在するＴＳＣ１遺伝子および、第１６染色体に存在するＴＳＣ２遺伝子。常染色体優性遺伝（ＡＤ）。

悪性化しない（腎、心、脳が予後を左右する）本症は顔面の血管線維腫、知能障害、痙攣発作を３兆候とする。

　皮膚症状

1. 増殖性病変

* 血管線維腫（約90%）：米粒大以下の皮膚常色ないし淡紅色の硬い小結節
* 隆起革様皮膚（30～70%）：腰背部に好発
* Koenen腫瘍：爪下・爪周囲の線維腫

　　ｂ）色素異常

　　・木の葉様白斑（約50%）：体幹、下肢に見られることが多い

　皮膚以外

1. 中枢神経症状　知能障害とてんかん（結節性脳硬化症）
2. 腎症状（のう胞）
3. 眼症状（網膜過誤腫）、心筋横紋筋症
4. 神経線維腫症（ＮＦ）、レックリングハウゼン病

　母斑症の代表的疾患で、神経線維腫、カフェオレ斑などの特徴的皮膚病変と種々の臓器異常を伴う。

　本症は臨床的に８型（ＮＦ１～８）に分類されており、古典的タイプのＮＦ１（レックリングハウゼン病）が最も多い。10万人に30～40人の発生（出生3000人に１人）。男女差なし。常染色体優性遺伝（AD）であるが偶発例（60％）もある。神経堤起源性（シュワン細胞・メラノサイト系の異常）

1. 皮膚症状
2. 色素斑

カフェオレ斑：初発症状（５歳以下）。６個以上なら確定

小レックリングハウゼン斑：小豆大以下、色が濃く鋸歯状の輪郭

ｂ）神経線維腫（思春期以降から発生）

ｃ）若年性黄色肉芽腫

②皮膚以外

1. 眼症状：虹彩結節（７０％）
2. 骨病変（５０％）：脊柱側彎など
3. 中枢神経・脳腫瘍
4. 知能低下

＊他の母斑症としては、Sturge-Weber症候群、Klippel-Weber症候群、Peutz-Jeghers症候群など。

***■PM/DMの皮膚所見を説明せよ***

* ヘリオトロープ疹：眼瞼中心に紫紅色～紅褐色の腫脹
* ゴットロン徴候：指関節や肘関節背面などに扁平隆起性敷石状の角化性局面
* 多形皮膚萎縮：色素沈着、脱失、毛細血管拡張、皮膚萎縮
* 爪周囲紅斑：爪囲の血管拡張と爪上皮の出血点
* 爪上皮延長：爪の甘皮が伸びる。
* 水疱：悪性腫瘍の合併が多い。
* Mechanic’s hand、逆Gottron徴候：間質性肺炎の合併が多い。
* むち打ち様紅斑：
* 石灰沈着：小児、関節周囲に多い。
* びまん性脱毛：

　　※筋原性酵素の上昇…近位筋優位の筋障害

※抗Jo-1抗体(アミノアシルtRNA抗体)…抗核抗体は陽性になりにくい

***■蕁麻疹の原因を説明せよ***

原因は多岐にわたり、なんらかのアレルギー的機序で生じると考えられているが、原因不明で非アレルギー的機序で生じると思われる蕁麻疹も多い。

＊蕁麻疹の種類＊

1. アレルギー性蕁麻疹：食物、薬剤、吸入物、微生物、昆虫、動植物などが抗原
2. コリン性蕁麻疹：アセチルコリンに対する過敏性により生じる
3. 物理的蕁麻疹

　　　寒冷蕁麻疹、日光蕁麻疹、温熱蕁麻疹、水性蕁麻疹、圧迫蕁麻疹、人工蕁麻疹

1. 接触蕁麻疹：原因物質との直接接触による
2. 血管性浮腫（クインケ浮腫、血管神経性浮腫）：皮下、粘膜下に発作性に、限局性浮腫を生じる

***■結節性紅斑について説明しを５つ挙げよ***

いろいろな要因により生じる反応性皮膚疾患。

（原因）大部分は原因不明の特発性。

立ち仕事の若年－中年の女性（循環障害）

上気道感染、扁桃腺炎などの細菌感染、ウイルス感染、ベーチェット病、サルコイドーシス、潰瘍性腸炎、Crohn病、膠原病、薬剤、悪性腫瘍など。

（後発部位）下腿伸側

（症状）母子頭大から鶏卵大の皮下結節－硬結を伴う紅斑を急激に生じる。時に発熱、

倦怠感、関節痛を伴う。

　　　　圧痛や自発痛はあるが、痒み、潰瘍化はなく、２－４週間で軽い色素沈着を残し治癒する。

（臨床検査）軽度の白血球増加、血沈亢進、CRP陽性

（組織所見）皮下脂肪指織の葉間結合織に好中球、リンパ球の浸潤を認める。

経過と共にリンパ球、組織球が主体となり、二次的に脂肪織が壊れて肉芽腫性病変が生じる。

（治療）安静が第一。下肢に生じた場合はその挙上。内服治療では非ステロイド系抗炎症剤やヨードカリ。重症例ではステロイド。

　　　　原因疾患を検索し、その治療を行うことも重要。

***■乳房外Paget病について、好発部位・組織所見・臨床症状・治療を述べなさい***

アポクリン腺、肛門粘膜杯細胞由来の腺癌の表皮向性侵襲。

60‐70代の高齢者に多い。（男：女＝2：1）

（好発部位）外陰部（陰囊、陰茎、陰唇）、その他(肛門、会陰、腋窩、臍囲)などの生理的アポクリン部位

（組織所見）表皮内に明るい大型の細胞（Paget細胞）が散在している。

この細胞は上皮性ムチンを含んでおり、PSA陽性、アルシアンブルー陽性、CEA陽性。

進行すると真皮に向かって進行する。

（臨床症状）徐々に拡大する比較的境界明瞭な紅斑とびらん。色素沈着、色素脱出を伴うこともある。白斑局面で痒みを伴うことが多い。一見すると難治性湿疹、体部白せん、カンジダ症に見える。

進行するとびらん面に硬い結節や腫瘤が出現する。

放置すると血清CEAが上昇。

（治療）3cm離して切除。基底層を超えて、癌の状態であれば、電子線や化学療法の併用。外科的に切除できれば予後はよい。

***■風疹について述べよ***

（病原体）風疹ウイルス（Rubella virus）。RNAウイルス。飛沫感染。感染力自体は弱い。

（潜伏期）2～3週

（症状）前駆期：軽度の発熱、結膜のカタル症状、粘膜疹は口蓋に点状出血と毛細血管の拡張（Forschheimer’s spot）がみられる。

　　　　発疹期：ほぼ発熱と同時に発疹をみる。顔面・体幹・四肢に点状の紅斑。

3日で消退する。

　　　　成人での初感はしばしば重症化する。

　　　　関節炎､脳炎、血小板減少性紫斑病、溶血性貧血がまれに合併するが､通常は予後は良好。

（治療）普通は安静と対症療法のみ行う。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **尋常性天疱瘡** | **水疱性類天疱瘡** | **落葉状天疱瘡** |
| 好発年齢 | 中年、老年 | 老年 | 中年 |
| 好発部位 | **口腔内**（他に背部、臀部、腋窩、足） | 四肢に好発、全身どこでも生じる。 | 顔面などの脂漏部位に好発。 |
| 皮膚症状 | 1. 大小様々な**弛緩性水疱**が突然発生し、難治。 2. **Nikolsky現象陽性** 3. 搔痒なし 4. 瘢痕形成なし | 1. 皮膚に**緊満性水疱**を生ずる。 2. **紅班**を伴うこと多い。 3. **搔痒**を伴う 4. **Nikolsky現象陰性** | * 1. 皮膚に弛緩性水疱が出現し、すぐにびらんになって褐色の痂皮を伴う。   2. 葉状の落屑   3. 紅皮症を呈することもある |
| 粘膜症状 | ほとんどの例であり | 少ない | **通常認めない** |
| 全身症状 | 食事が摂取できず、栄養状態悪化。  発熱、二次感染など重篤。 | 尋常性天疱瘡に比べて良好だが病変が広範囲だと重篤になる。 | 比較的良好 |
| 病因 | デスモゾームの**デスモグレイン3**に対する自己免疫疾患  粘膜優位型はデスモグレイン3が抗原  粘膜皮膚型はデスモグレイン1と3の両方が抗原 | 表皮真皮接合部のヘミデスモゾームの**BP180**に対する自己免疫疾患。 | デスモソームの**デスモグレイン1**に対する自己免疫疾患。 |
| 検査所見 | 1. 低蛋白血症 2. CRP上昇 3. **Tzanck試験陽性** | **末梢血好酸球増加** |  |
| 組織所見 | **基底層直上の棘融解性の粘膜上皮内水疱** | **表皮下水疱**。**真皮上皮に著名な好酸球浸潤**。 | **角層下の棘融解性の表皮内水疱** |
| 組織学的診断法 | **蛍光抗体直接法**：生検検体の粘膜上皮ないし表皮細胞間の下層優位にIgGの沈着 | **蛍光直接法**：生検検体の基底膜部にIgGとC3の線状沈着。 | **蛍光抗体直接法**：生検検体の表皮細胞間の上層優位にIgGの沈着 |
| 血清学的診断法 | **蛍光抗体法間接法・ELISA法**：血清中に抗デスモグレイン3抗体の存在  （注）皮膚科学において間接法とは血中の自己抗体を標識抗体で検出する方法をさすことが多い | 蛍光間接法、ELISA法、免疫ブロット法：血清中に抗BP180抗体の存在を確認。 | **蛍光抗体法間接法・ELISA法**：血清中に抗デスモグレイン1抗体の存在 |
| 治療法 | **ステロイド全身投与**がメイン。  合併症（重症糖尿病など）でステロイド投与が難しい場合は**免疫抑制剤**を使用。  軽症例には**DDS**単独内服が有効。  重症例では免疫抑制剤内服併用や**血漿交換療法**の適応。 | ステロイド全身投与・外服、免疫抑制剤内服 | 尋常性天疱瘡に準ずる |
| 予後・合併症 | **水疱性類天疱瘡に比べ予後不良**。  合併症は**悪性腫瘍**。 | **尋常性天疱瘡に比べ予後良好**  合併症は**悪性腫瘍**（20%）消化器に多い | 合併症は**胸線腫、重症筋無力症** |