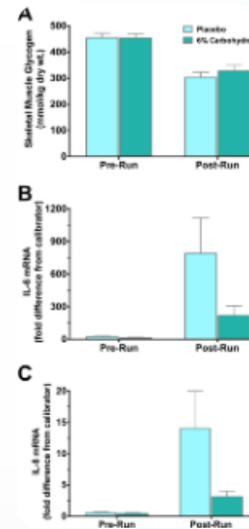


皮膚筋炎の筋生検 と皮膚病理

皮膚筋炎の診断において、筋生検と皮膚生検は重要な役割を果たします。これらの検査は、疾患の特徴的な病理学的所見を明らかにし、診断の確定に役立ちます。

M by M 西





筋生検の重要性

1 筋炎の証明

筋生検は筋肉の炎症を証明する最も重要な検査です。

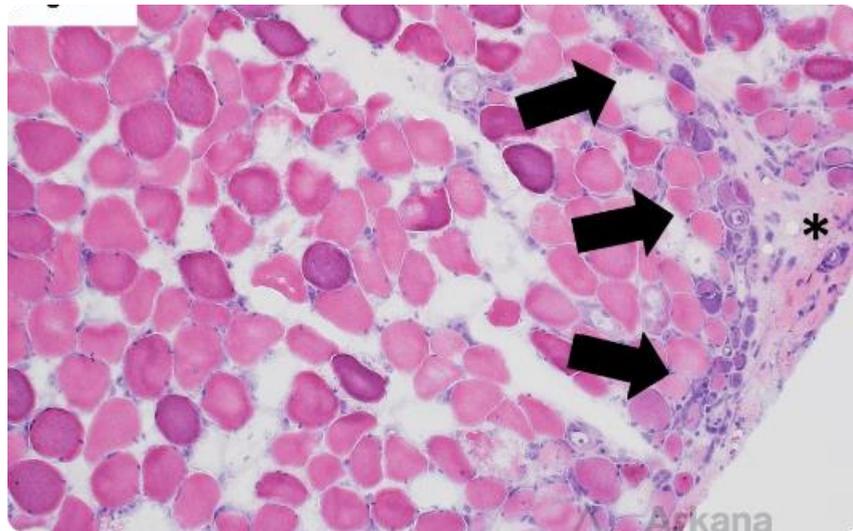
2 生検部位の選択

MRI所見を参考に、適切な部位を選択します。

3 標本作製

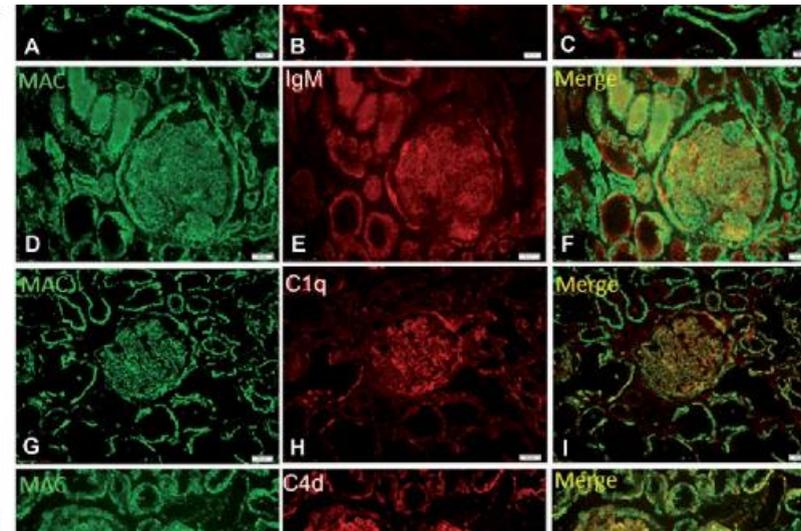
凍結標本が国際的スタンダードとされています。

皮膚筋炎の筋病理所見



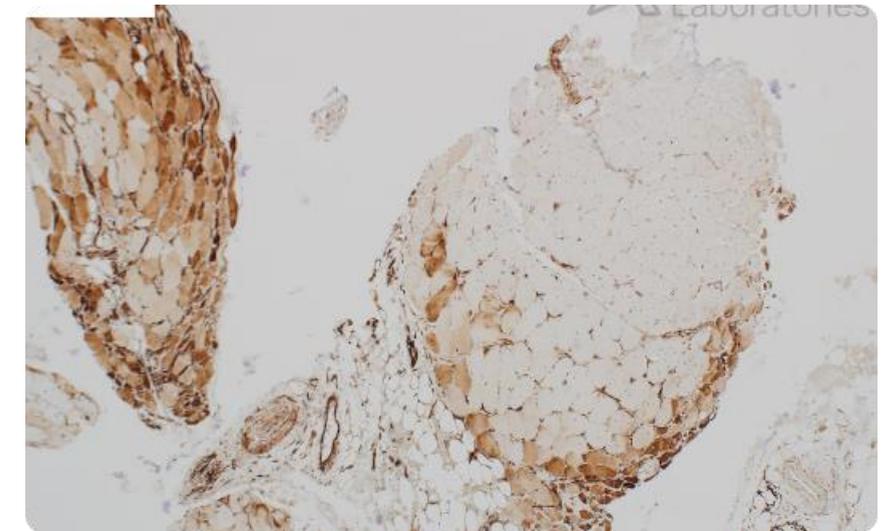
筋周囲萎縮

皮膚筋炎では筋周囲萎縮が特徴的です。



補体沈着

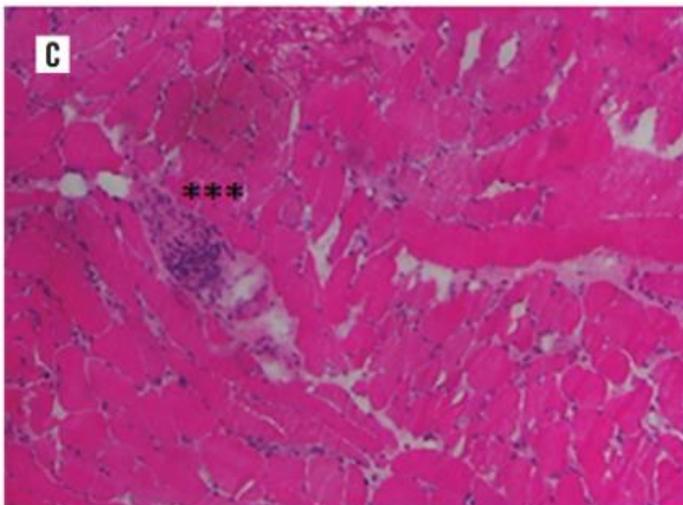
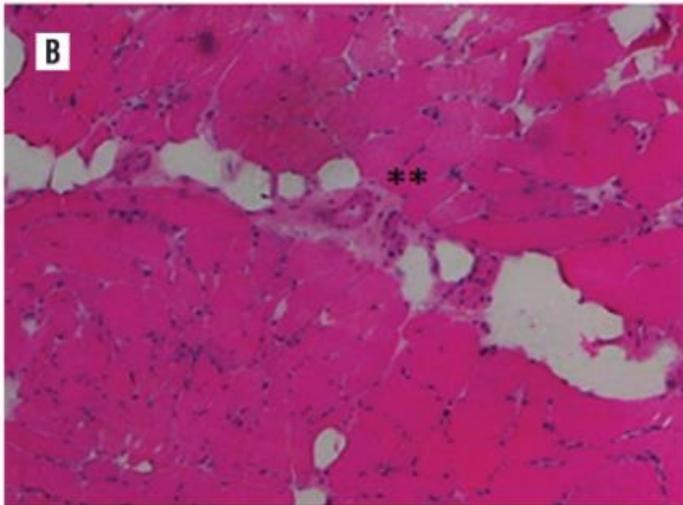
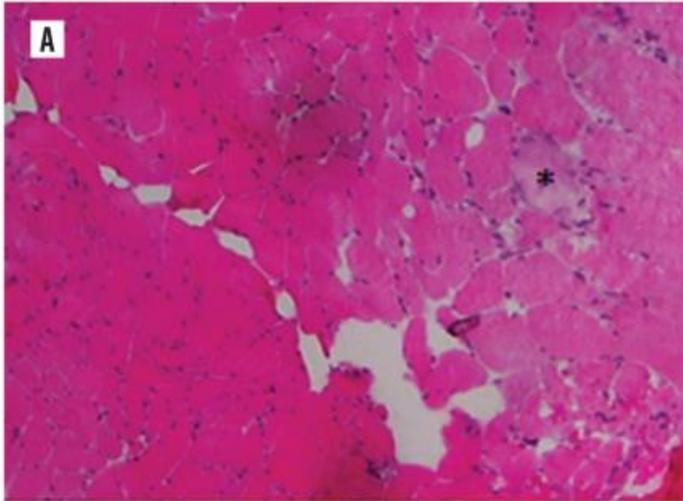
血管壁への補体沈着が見られます。



MxA発現

筋線維と毛細血管でMxAタンパク質の発現が見られます。

多発性筋炎の筋病理所見



1

炎症細胞浸潤

筋内膜への炎症細胞浸潤が特徴的です。

2

筋線維侵襲

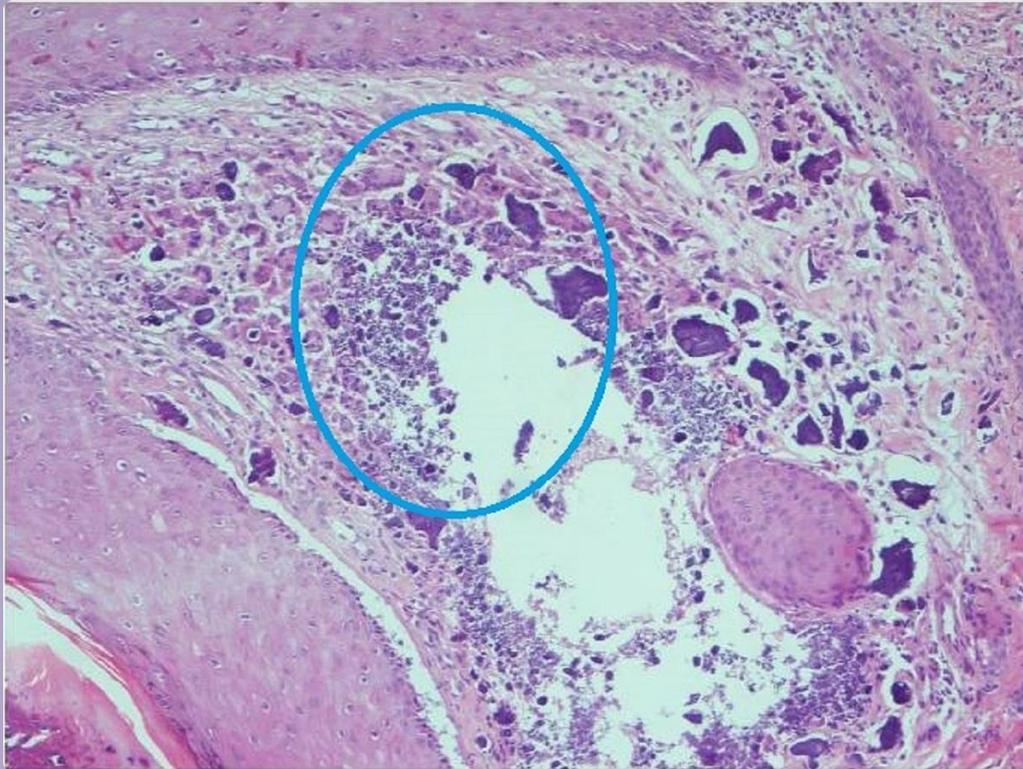
CD8+T細胞による筋線維への直接的な侵襲が見られます。

3

MHC抗原発現

筋線維でのクラスI MHC抗原の発現が増加します。

皮膚生検の所見



苔癬反応

真皮血管周囲のリンパ球浸潤と基底層の液状変性が特徴です。

真皮の変化

浮腫やムチン沈着が見られます。

表皮の変化

ゴットロン丘疹では角質増加や乳頭腫症が見られます。

筋生検の手技



1

部位選択

弱い筋力（MRCグレード4）の筋を選びます。

2

MRI利用

T2/STIR信号増強部位を選択することもあります。

3

開放生検

大きな標本が得られ、筋線維の方向性が保たれます。

筋生検標本の処理

固定法

光学・電子顕微鏡用

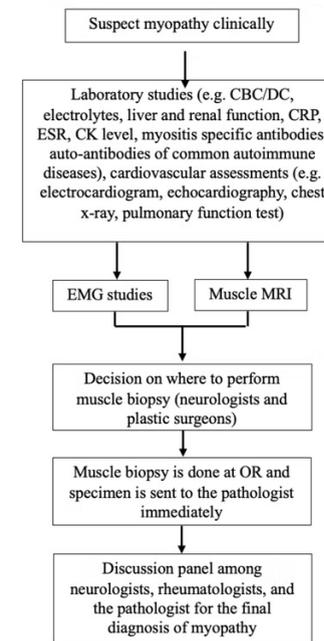
凍結法

生化学的検査用

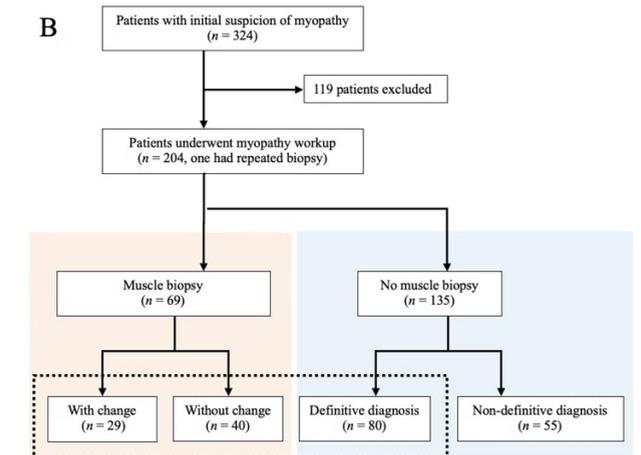
重要な検査

代謝性ミオパチー、タンパク質異常の検出

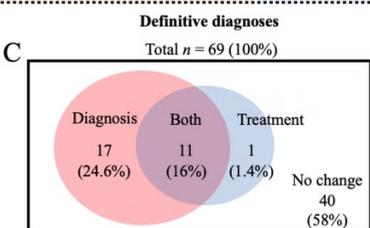
A



B



C



皮膚生検の手技と所見

手技

3-4mmのパンチ生検で十分です。
免疫蛍光検査は通常不要です。

光学顕微鏡所見

表皮の軽度萎縮、基底層の空胞変性、真皮のリンパ球浸潤が見られます。

免疫蛍光所見

皮膚-表皮接合部に補体タンパクと免疫グロブリンの沈着が見られることがあります。